
WESTERN UNION
MONEY TRANSFER

الرعاية الصحية بين المجتمع التقليدي والمؤسسية :
دراسة انثروبوطبية في قرية اردنية ٠

صالح ابراهيم العجلوني

صفـر ١٤١٤ هـ
تموز ١٩٩٣ م

الرعايـــة الصحـية بين المجـتمـع التقـليدي والمؤسـسية :

دراســـة انثروبوطـبيـة في قـــريـــة اردنـــــــــــــية

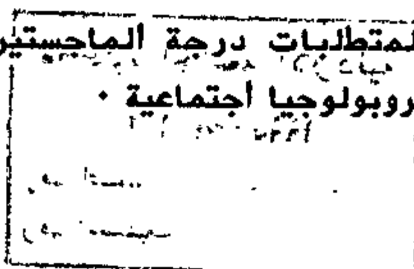
اعداد

صـــالـــح ابـراهيـــم الـعجـلوني

بكالوريوس لغة انجليزية ١٩٧٨م

ماجستيـــر لغة انجليزية ١٩٧٩م

قدمت هذه الرسالة استكمالا لمتطلبات درجة الماجستير في جامعة اليرموك في الانثروبولوجيا تخصص انثروبولوجيا اجتماعية ·



اعضاء لجنة المناقشة

الدكتور مهنـــا يوسف حداد	رئيسا
الاستاذ الدكتور سعد حجازي	عضواً
الدكتور محمـــود النجـــار	عضواً

صفر ١٤١٤ هـ

تموز ١٩٩٣ م

لبنان
العراق
سوريا
البحر المتوسط
اربد
الرمثا
عجلون
جرش
المفرق
الزرقاء
البلقاء
مادبا
عمان
السعودية
الكرك
الطفيلة
معان
العقبة
كم ١٠٠ ٨٠ ٦٠ ٤٠ ٢٠ ٠
ميل ٦٠ ٤٠ ٢٠ ٠

علعال
حريما
مرو
المغير
بيت راس
حكما
اربد
حوارة
ايدون
الصريح
الحصن
لواء الرمثا

الاهــــــداء

الى والدي و والدتي وزوجتي والابناء ابراهيم ، وهبه ، وهدى
واحمد ، والى عرين التي بقيت تساهرني اثناء كتابة
هذه الرساله، والى الصغيره حنين
لهم مني كل الحب

كلمـــة شــــكر

يتوارى خلف هذا البحث شخص بكل تواضعه الانساني والاكاديمي سكب فيه عصارة خبرته وتجاربه ومعرفته التي لولاها لما كان لي ان انجز هذا العمل ..... شخص لا بد ان اتوقف عنده لاقول فيه كلمة شكر لما بذله من تحفيز وتشجيع شخصي : إنّه استاذي الدكتور مهنا يوسف حداد الذي لم يبخل على بالوقت والجهد والرأي البناء والاشراف اليقض والخبرة الاكاديمية مما قدّر لهذا البحث ان يكتمل .

ويمتد شكري ليطال كلا من الدكتور محمود النجار رئيس قسم الانثروبولوجيا لدعمه المتواصل لي طيلة فترة البحث والاستاذ الدكتور سعد حجازي الذي اجهد نفسه بقراءة هذه الرساله وتعليقه البناء عليها مما استفدت جل الفائدة . والدكتور عبدالعزيز الخزاعلة الذي اكن له كل محبة وتقدير لما قدمه من تشجيع وتحفيز متواصل وتزويدي بالكثير من المراجع التي تتعلق بهذا العمل ، ولا يفوتني كذلك ان اشكر الدكتور نزار ابومرفيل.

كما اقدم شكري الى كافة موظفي معهد المهن الطبية المساعدة - اربد وخاصة السيدة ريم حداد و السيد رزق موسى العودات لما قاموا به من جهد كبير في طباعة هذا البحث والى السيد اسامه العبابنه الذي رافقني الى مجتمع الدراسة في معظم زياراتي الميدانية وتقديم كل مساعدة استطاع تقديمها والى المهندس ايمن الشريدة والسيد أحمد المصلمي لما ابدياه من ملاحظات والاستاذ سعيد مساد لمراجعته لهذه الرساله.

ويمتد شكري الى كل افراد مركز صحي سال وعلى رأسهم الدكتور زياد شخاتره الذي لم يبخل باي مساعدة أستطاع تقديمها .

وشكري الجزيل لكافة العاملين في بلدية سال واهالي قرية سال الذين احتضنوني طيلة فترة إجراء البحث الميداني فهم نعم الاهل ونعم الاصدقاء .

صالح العجلوني

ملخص

الرعاية الصحية بين المجتمع التقليدي والمؤسسية : دراسة انثروبوطبية في قرية اردنية ٠

اعداد

صالح ابراهيم العجلوني

المشرف

الدكتور مهنا يوسف حداد

تناولت هذه الدراسة التفاعل الاجتماعي بين المركز الصحي والمجتمع المحلي في قرية سال من خلال وصف وتحليل التغيرات التي طرأت على البناء الاجتماعي والاقتصادي والسياسي لمجتمع الدراسة، كما تناولت تأثير المركز الصحي على مجتمع الدراسة في مجالات الرعاية الصحية التقليدية ٠

وقد توصلت الدراسة الى ان هناك تغيراً قد طرأ على مجتمع الدراسة في المجالات الاقتصادية والاجتماعية والسياسية والتعليمية والخدمات العامة ،رافقه تحول في التوجه نحو الخدمات الصحية التقليدية في مجتمع الدراسة تمثل في تراجع حاد في الاهمية النسبية للطب الشعبي وممارسيه وأكثرهم النساء كبيرات السن ، وذلك بسبب توفر الخدمات الصحية الحديثة (الوقائية والعلاجية) والتعليم وتقدم وسائل المواصلات ٠

ومن مظاهر التحول نحو الخدمة الصحية الحديثة اعتماد سكان القرية على الخدمات الصحية التي يقدمها المركز، ويعود ذلك الى انتشار التعليم ، وارتفاع نسبة العاملين في الوظائف الحكومية (المدنية والعسكرية) ٠

وتبين من الدراسة ان التغيرات التي طرأت في المجالات الصحية لا تعود الى المركز الصحي فقط ، فهناك عوامل اخرى بينتها الدراسة ادت الى تغيرات واضحة في مجالي الصحة والمرض (الرعاية الصحية) وهذه المؤسسات هي البلدية و المواصلات و المياه و الكهرباء ٠

الفهـــــــــرس

الفصل الثالث:

الفصل الرابع:

الفصل التاسع:

لائحة الجداول:

المقدمة :

تتناول هذه الدراسة التفاعل الاجتماعي بين المركز الصحي والمجتمع المحلي في قرية سال. فتقدم أولا وصفاً وتحليلا للتغيرات التي طرأت على التركيب الاجتماعي و والاقتصادي والسياسي وأثرت في مجتمع الدراسة، وادت الى تغير فيه . ثم تتناول المجتمع التقليدي والمؤسسة الصحية من خلال تحليل مختلف الممارسات الطبية المتوفرة في المجتمع والابعاد الاجتماعية والثقافية لهذه الممارسات ومن ثم تتناول الدراسة التفاعل الاجتماعي ما بين المواطنين ، والمركز الصحي من جهة ، وبين المواطنين والطب التقليدي داخل المجتمع في الماضي والحاضر من جهة اخرى. وخرجت الدراسة باستنتاجات حول عدد من القضايا المتعلقة بالتغير الذي طرأ على مجتمع الدراسة وبشكل خاص على الرعاية الصحية التقليدية والتفاعل الاجتماعي مع المؤسسة الصحية التي تقدم الخدمات الصحية الحديثة.

لقد حاولت الدراسة التعرف على واقع الخدمات الصحية في القرية (الخدمات التقليدية والحديثة) ، وردود الفعل التي طورها المجتمع المحلي تجاه الرعاية الصحية الحديثة التي يقدمها المركز الصحي ، خصوصاً و ان المركزالصحي قد دخل كعنصر جديد الى المجتمع التقليدي بغية احداث تغير فيه. فمن خلال متابعة ردود الفعل هذه ، جاءت الدراسة لتتعرف على التحولات التي حصلت على الرعاية الصحية التقليدية ، و لاختبار مدى انسجام الاطار العام الذى وضعته منظمة الصحة العالمية لتحقيق الرعاية الصحية الاولية ، والذى تبناه الاردن مع ما هو موجود في المجتمعاتالمحلية، او يقدم لها والذي اقترحت المنظمة تطبيقة على ارض الواقع. على هذا الاساس ، هدفت الدراسة الى التعرف على مدى نجاح المؤسسة الصحية في المجتمع المحلي في اداء رسالتها ، ومدى تقبل المجتمع المحلي لخدماتها وتفاعله معها ، والتعرف على المعوقات التي تحول دون تطبيق برامج الرعاية الصحية الاولية.

ونظراً لاهمية هذا الموضوع من الناحيتين النظرية والتطبيقية ، حاولت الدراسة التعرف على العلاقة القائمة ما بين الخدمات الصحية التي يقدمها المركز الصحي ، واقبال المواطنين على الاستفاده ، منها وكيفية تفاعل المؤسسة

الصحية مع المجتمع المحلي ،واحداث تغير في افكار الناس تجاه المعتقدات والممارسات الطبية التقليدية المتوفرة في مجتمعهم ، وكيف حاولت هذه المؤسسة اقناعهم بالكف عن هذه الممارسات الطبية الخاطئة ، واللجوء اليها طلباً للخدمة الصحية الحديثة.

وبما أن تحقيق الصحة لا يتوقف على الخدمات الصحية التي يقدمها القطاع الصحي فقط ،اذ ان هناك خدمات تقدمها قطاعات اخرى وتؤثر على المجتمع المحلي ، فقد جاءت الدراسة لتتعرف على الخدمات التي تقدمها القطاعات الاخرى (البلدية و المواصلات والزراعة و المياه و الكهرباء و التعليم) ودورها في تحقيق الرعاية الصحية للمواطنين.

من الناحية النظرية يمثل هذا الموضوع احد جوانب المعرفة العلمية اذ يساعدنا في التعرف على الابعاد الثقافية للمجتمع ، وعلاقة هذه الابعاد بالصحة والمرض ، واللجوء الى الخدمة الصحية . وفي هذا الصدد ترتبط علاقة الثقافة بالخدمات الصحية حول موضوعات تتعلق بسلوك المرضى منذ بداية ظهور المرض وحتى الشفاء ، ودور العناصر الثقافية المحلية كالعادات والتقاليد المتبعة في المعالجة والوقاية من الامراض ، ودورها في الخدمة الصحية ، وكذلك تشير الى المعتقدات والممارسات الطبية الشعبية المتعلقة بالصحة والمرض ونوع الخدمة المفضلة. .

ومن الناحية التطبيقية فان الخدمة الصحية تتأثر بالواقع الاجتماعي والثقافي وتظهر معالم هذا التأثير على اداء المؤسسة الصحية .وهكذا تكون هذه الدراسة وثيقة الصلة بالرعاية الصحية كمجال تطبيقي، اي ان اهتمام منظمة الصحة العالمية بتحسين صحة المجتمعات يجعلها تهتم بمثل هذه الدراسات ، لانها تفسح المجال امامها لاختبار الاطار النظري الذي وضعته المنظمة والذي افترضت تطبيقه على ارض الواقع في المجتمعات المختلفة ، والكشف عن الصلة الوثيقة بين برامج الرعاية الصحية والواقع الصحي للمجتمعات التي تطبق فيها هذه البرامج . واما بالنسبة للاردن فان مثل هذه الدراسات تتيح المجال أمام وزارة الصحة لوضع استرتيجات صحية وتطوير برامج اكثر ملاءمة لتتناسب مع ما هو سائد في المجتمع المحلي الذي توجد فيه المؤسسة الصحية . اما على الصعيد

المجتمعي فان مثل هذه الدراسات تتيح المجال للتعرف على الابعاد المهنية للمؤسسة الصحية ، وبالتالي التعرف على الادوار التي يقوم بها العاملون في المركز الصحي في تقديمهم للخدمات الصحية، ومن ثم التعرف على المعوقات المؤسسية والمجتمعية التي تحول دون استفادة المواطنين من الخدمات الصحية ٠

لهذا فان من شأن مثل هذه الدراسات الميدانية ان تساعد في التعرف على واقع الخدمات الصحية في داخل القرية الاردنية ، كما انها تقدم تفسيراً قد يساعد في توسيع فهمنا للخدمات الصحية بشكل عام للوصول الى تعميمات اوسع عن الخدمات الصحية في الاردن٠

كان الاهتمام في هذه الدراسة منصباً على البحث الميداني الذي بدأ من شهر تموز ١٩٩١ وحتى شهر تموز ١٩٩٢ ، تخلل هذه الفترة اقامة امتدت شهرين (تموز ١٩٩١ وتموز ١٩٩٢) ، كانت الملاحظة بالمشاركة واحدة من اهم الطرق التي تم اتباعها في هذا البحث فقد كانت هناك فرص متعددة للمشاركة : في مكافحة القوارض و حضور اجتماعات لجنة صحة المجتمع و التواجد في المركز الصحي و مشاهدة الاجراءات العلاجية المتبعة و مرافقة المراقب الصحي في معظم جولاته ، بالاضافة الى زيارة العديد من المواطنين في منازلهم٠

ولقد اجريت خلال البحث الميداني العديد من المقابلات الشخصية مع عدد من المواطنين من الجنسين ومختلف الاعمار وقد تجاوز عمر بعضهم تسعين سنة ٠ وتم من خلال هؤلاء الاخباريين توثيق الكثير عن تاريخ القرية الشفوي اعتماداً على ما شاهدوه او سمعوه من السلف ٠ و مكن ذلك من التعرف على الممارسات الطبية التقليدية التي كانت تمارس في السابق والحاضر، و التطورات التي طرأت على الخدمات الصحية التقليدية ، والتركيب الاجتماعي والاقتصادي والسياسي والخدمات العامة٠

وقد قام الباحث بتوزيع استمارة استبانه احتوت على العديد من المتغيرات ،على عينة عشوائية اشتملت على مئة اسرة من مختلف احياء القرية ، وذلك للحصول منهم على ملاحظات لم يستطع ملاحظتها بنفسة مثل : اتجاهاتهم ،

وسلوكهم ، نحو الخدمات الصحية التي يقدمها المركز الصحي وما يمارس داخل المجتمع من طب تقليدي ، وذلك لمعرفة المتغيرات التي تؤثر في الاقبال على الخدمات الصحية الحديثه والتقليدية.

جاءت الدراسة في تسعة فصول : يتناول الفصل الاول مشكلة البحث واهميتها وعلاقتها بالفلسفة العامه للرعاية الصحية الاولية ، وملاءمة المجتمع المحلي للدراسة الميدانية. اما الفصل الثاني فيعرض بعض المفاهيم النظرية حول الصحة ،والمرض ،والنظريات التي حاولت تفسير المرض والعلاج ، وكذلك يقدم وصفا لواقع الخدمات الصحية في بعض المجتمعات المختلفة من خلال الدراسات الميدانية السابقة التي تم الرجوع اليها . في حين يعرض الفصل الثالث بعض الاجراءات المنهجية التي تم اتباعها في الدراسة الميدانية التي تمت في مجتمع الدراسة خلال اقامة الباحث فيه ، ومن ثم تناول الكيفية التي تم بها تحليل البيانات التي جمعت . و تناول الفصل الرابع موقع القرية والتطور الذي طرأ على تنظيمها و السكان والمساكن والخدمات العامه المتوفرة فيها .وتناول الفصل الخامس البناء الاجتماعي و ما حدث علية من تغيير في مجالات الزواج ، والاسرة ، والتنظيمات الاجتماعية الاوسع . وتناول الفصل السادس البناء السياسي (السلطه الابوية والمختار والمجلس البلدي) والاقتصادي وما حصل عليها من تغير من جراء التعليم والتحاق الابناء بالوظائف الحكومية والعسكرية، وتوسيع الدولة لقاعدة الخدمات العامه . وتعرض الفصل السابع لتطور الرعاية الصحية في الاردن ، والرعاية الصحية التقليدية في مجتمع الدراسة ، والتحول من الرعاية الصحية التقليدية الى الحديثة. في حين خصص الفصل الثامن للرعاية الصحية الحديثة (الوقائية والعلاجية) في مجتمع الدراسة ، والتفاعل الاجتماعي ما بين المركز الصحي والمجتمع المحلي ، ويقدم الفصل صفاً للواقع المهني للمؤسسة الصحية والادوار التي يقوم بها العاملون في هذه المؤسسة . و من ثم يتناول دور بعض القطاعات الاخرى في تقديم الخدمات الصحية الوقائية الى جانب المركز الصحي .

واما الفصل التاسع والاخير فيعرض لاهم النتائج التي تم التوصل اليها في الدراسة ، فيعرض اولا النتائج المتعلقة بالتغيرات التي طرأت على

مجتمع الدراسة، ثم النتائج المتعلقة بالخدمات الصحية التقليدية ، وما طرأ عليها من ، تحول واخيراً يعرض اهم النتائج المتعلقة بالخدمات الصحية الحديثة التي يقدمها المركز الصحي (الرعاية الصحية الاولية) لمجتمع الدراسة ٠

١ـ مشكلة البحث واهميتها

١ ـ ١ ـ مشكلة البحث :

تدور مشكلة البحث حول التفاعل الاجتماعي بين المركز الصحي في قرية سال والمجتمع المحلي، وهي مشكلة من صميم الدراسات الانثروبولوجية الاجتماعية.واذا كانت الانثروبولوجيا الاجتماعية تدرس المجتمع من جميع جوانبه،فان احد هذه الجوانب هو الجانب الصحي او الطبي او جانب الممارسات والعادات ، والتقاليد ، والمواد ، والمعتقدات التي يستخدمها المجتمع لوقاية وعلاج الافراد.وخلال تطور هذا العلم (الانثروبولوجيا) في القرنين التاسع عشر والعشرين ظهر تخصص مهم جداً يهتم بهذه الامور في المجتمعات الاقل تطوراً عرف بالانثروبولوجيا الطبية.وبما ان جميع الدراسات الانثروبولوجية قد اخذت دورها في العملية التنموية في هذه المجتمعات ، فكذلك فعلت الانثروبولوجيا الطبية.

لقد استمد الباحث مشكلة البحث من مصدرين اوليين : الاول هو محاولة الدولة توسيع خدماتها مؤسسياً وبخاصة الخدمات الصحيه (١) الى الافراد في جميع مكونات المجتمع الاردني من حاضرة وريف وبادية وغيرها . والثاني هو المجتمع المحلي . فمن الناحية المؤسسية يقوم المركز الصحي في القرية بتقديم الخدمات الصحية (الرعاية الصحية سواء وقائية ام علاجية) المبنيه على المعرفة العلمية الى المجتمع المحلي الذي تسوده عادات وتقاليد ومعتقدات وممارسات توارثها من جيل الى جيل من خلال التنشئة الحضارية . وكما يذهب (ابو زيد ١٩٨٥ : ٤٠ ـ ٤١) فان المجتمع هو الاداه التي تؤدي الى قيام الحضارة واستمراريتها ، وانتقالها من جيل الى جيل . وفي هذه الحضارة

---

(١) يقوم الباحث بالعمل مديراً لمعهد المهن الطبيه ـ اربد وقد كان عمله في مجال الصحه هو المؤدي الى معرفته بالنظام الصحي في الاردن

نجد ان الافراد يتعلمون السلوكات التي تمليها عليهم ، و كما يذهب ناصر(ناصر ١٩٨٥ : ٧٧ ـ ٧٨) «ما يكتسبه الافراد في المجتمع من عادات، وتقاليد، وفن ، وقدرات ، واخلاق يستمدون منها استجابات لتساؤلاتهم وتوجد لديهم نماذج من السلوك تساعدهم على حل مشكلاتهم »· ومن هذه المشكلات، الصحة والمرض والعلاج ليتمكن المجتمع من الاستمرارية · وعندما تدخل الدولة مثل هذه المؤسسه (المركز الصحي) التي تأتي ببرامج جديدة قد لا تتناسب مع ما يسود هذا المجتمع ، فان العلاقة بين هذه المؤسسة والافراد سوف تتأثر بالمتغيرات المختلفة ·

بينت الدراسات الانثروبولوجية ان دخول أي عنصر حضاري جديد الى الحضارة المحلية يؤثر على البناءات الاجتماعية في هذا المجتمع المحلي (باتاي ، ١٩٦٢ ، وجويزر ١٩٧٣) ولقد تبين أن المركز الصحي يدخل الى المجتمع المحلي كعنصر غريب ويؤثر كونه مؤسسياً على الانساق الموجودة في المجتمع المحلي بطريقة او بأخرى (Z.A Sebai واخرون ١٩٨٠) ومن هنا يظهر ان هذا التأثير الذي يقوم به المركز الصحي سيعتمد في كثير من الاحيان على العلاقة التى تقوم بين القائمين عليه وافراد المجتمع المحلى ، وان دراسة هذه العلاقة ستتركز على مدى فهمنا للمجتمع المحلي ببناءاته الاجتماعية ، وانفتاحه او انغلاقه امام المركز الصحي · لقد بين لنا (Benjamin,p. 1955) ان ردة فعل المجتمع المحلي على تطبيق البرنامج الصحي تختلف من حضارة لاخرى، او من مجتمع محلي الى اخر ، وعلينا اذا ما اردنا معرفة فاعلية منظماتنا الصحية في المجتمعات المحلية دراسة ردود الفعل هذه من خلال العلاقة بين المركز الصحي والمجتمع ·

كذلك فان الدراسات الانثروبولوجية قد بينت ان مفاهيم المرض والعله حضارية في المجتمع المحلي وتختلف في محتواها عن مفاهيم ذاتها بمعناها العلمي ، وان محتويات هذه المفاهيم في المجتمع المحلي تعزى الى قوى خارقة للطبيعة واسباب غيبية تتضمنها منظومة القيم والمعتقدات السائدة في المجتمع · وعندما تلتقي هذه المفاهيم مع المفاهيم العلمية فانها ودون شك سوف تتأثر بعضها بعض ، كما بينت دراسة مكاوي في الريف المصري (مكاوي ١٩٨٨)· لقد وجد الباحث المذكور ان الناس هناك يعزون حالة المرض الى انها ابتلاء من

الله لعباده المقربين ، ويفسرون ذلك احياناً على انه نقمة تنصب على الفجرة والعصاة (مكاوي ١٩٨٨ : ٥٢ ـ ٥٣) ٠

في هذا اللقاء بين المؤسسات الصحية الحديثة والمجتمع المحلي التقليدي ، جاءت الانثروبولوجيا الطبيه بجانبها التطبيقي لتلعب دورها في دراسة هذه العلاقة ٠ واصبح الاهتمام ينصب نحو الانثروبولوجيا والطب ٠ وسخرت النظريات والوسائل والمعلومات لخدمة الصحة وتوضيح مفهوم المرض ورفع المستوى الصحي في المجتمعات (Sachs 1989 :9)٠إلا ان هذه العلاقة لم تأت دون تخطيط ، فقد بنى الاردن سياسته واستراتيجيته الصحيتين على اسس وضعتها المؤسسات العالمية ومؤتمرات الدول النامية اذ كان الاردن في طليعة البلاد التي ادخلت السياسه الصحية الشاملة في خططها التنموية التي بدأت وتواصلت منذ ١٩٧٣ (خطة التنمية الثلاثية ١٩٧٣ ـ ١٩٧٥ وما تبعها من خطط خمسية) ٠ واثناء تنفيذ الخطة الخمسية الاولى ، تم انعقاد مؤتمر المآتا عام ١٩٧٨ حيث تقرر ان تكون الرعاية الصحية الاولية المدخل الوحيد لتحقيق الصحة للجميع ٠ هذه الجملة الاخيرة اصبحت شعاراً تصبو اليه الدول وربما تكون الاردن الدولة الاولى التي تحقق هذا الشعار ٠ ففي هذا المؤتمر ارتبط مفهوم الرعاية الصحية الاولية ليس بالصحة فقط بل بقطاعات اخرى ايضاً ، وهي قطاعات مؤسسية دخلت او سبق ان دخلت الى المجتمع المحلي على انها مؤسسات حكومية مثل التعليم والزراعة والمياه والمواصلات والبلديات وغيرها ٠ كذلك وضعت في المؤتمر مقومات اولية لاكتمال الرعاية الصحية الاولية : التثقيف الصحي ،ورعاية الامومة والطفولة ، والتزويد بالماء الصالح للاستخدام ، والاصحاح الاساسي ، وتحسين الغذاء ، والتمنيع ضد الامراض ، والوقاية من الامراض المتوطنة ، ومعالجة الاصابات الشائعة ، وتوفير الادوية الاساسية ٠

١ ـ ٢ ـ مشكلة البحث وفلسفة الرعاية الصحية :ـ

العلاقة بين الدراسة والفلسفة العامة للرعاية الصحية الاولية تبرز في كون الرعاية الصحية الاولية خط التماس بين الخدمات الصحية التي يقدمها المركز الصحي والمجتمع المحلي ، حيث كانت الرعاية الصحية في الدول النامية قبل اعلان الماآتا تركز اهتمامها على العوامل البيولوجية المسببة للامراض ٠ ولكن بدأ الوعي يتكون بان الاعتلال (حالة المرض) ينجم كذلك عن عوامل اجتماعية وثقافية ، يعجز المركز الصحي ذو التوجه الطبي عن فهمها او التأثير فيها ٠ لذا فأن الفلسفة العامة للرعاية الصحية تركز على المحافظة على الصحة والوقاية من الامراض والتشخيص المبكر والمعالجة واعادة التأهيل (Pritchard 1981:9-10) ٠ لقد تبنى الاردن هذه الفلسفة مبكراً وانتشرت المراكز الصحية الآن في معظم مناطق المملكة بحيث ان هذه المراكز تأخذ المبادرة ٠ ستحاول الدراسة التعرف على عناصر الرعاية الصحية الاولية التي تشير اليها الفلسفة العامة كما تتمثل في مجتمع الدراسة، لكون هذه العناصر هي التي يجب ان تؤثر على المجتمع وتؤدي بالتالي الى تحسين صحة الناس ٠

اذاً فالعلاقه بين الفلسفة العامة للرعاية الصحية الاولية والدراسة هي علاقة اختبارية ، حيث ان الفلسفة تبين المبادىء الاساسية للرعاية الصحية الاولية، والدراسة تتمحور حول مدى نجاح المؤسسة الصحية في مجتمع الدراسة في اداء رسالتها ومدى تقبل المجتمع لهذه المبادىء ٠ وفي حالة عدم تمكن هذه المؤسسة من اداء مهامها يجب البحث عن المعوقات التي تقف حيال تطبيق برامج الرعاية الصحية الاولية ٠ فالناس يحتاجون الى نظام رعاية صحية (خدمات علاجية) يتمكنون من الوصول اليه لاتباعه عندما يصابون بالمرض ولكنهم اقل اهتماماً في النواحي الوقائية ٠ اذاً لتتحقق الرعاية الصحية الاولية لابد من ان تقدم الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية للافراد والعائلات بحيث تغطي المجتمع باكمله (Gish 1990:401)

فالفلسفة العامة للرعاية الصحية الاولية توضح الهدف والنهج الذي يجب ان تسلكه مؤسسات الرعاية الصحية الاولية لكي تنجح في تقديم برامجها

ويستفيد المجتمع من خدماتها • تحاول هذه الدراسة اختبار الكيفية التي تطبق بها هذه البرامج ومدى ملاءمتها للمجتمع • لان الفلسفة تشير الى ان هناك ضرورة لتوزيع الموارد توزيعاً عادلا حتى يصل اليها من هم بامس الحاجه لها ، ومن ثم اشراك الافراد والعائلات والمجتمع في الرعاية الصحية الاولية عن طريق اتباع السلوك الصحي السليم وحماية البيئة من حولهم (منظمة الصحة العالمية ١٩٨٩ : س) •

يمكن الاشارة هنا الى ان الفلسفة العامة للرعاية الصحية الاولية قد اعتبرت ان تحقيق الصحة ليس من مسؤولية القطاع الصحي والمجتمع المحلي فقط ، و لفتت الانتباه الى ان هناك قطاعات اخرى (التعليم ، و المياه ، والمجاري ، و الزراعة ، والمواصلات والبلديات) خدماتها ضرورية لتحقيق الرعاية الصحية الاولية • وبما ان الصحة تعتبر جزءاً لايتجزأ من التنمية الشاملة اصبحت هنالك ضرورة للتنسيق بين هذه القطاعات لانجاح برامج الرعاية الصحية الاولية (منظمة الصحة العالمية ١٩٧٨: ١٧-٢٠) فعلى سبيل المثال اذا لم يتوفر الماء الصالح للاستخدام البشري والتخلص السليم من الفضلات السائلة والجافة ، فكيف نستطيع وصف الرعاية الصحية الاولية بانها ناجحة • فالماء والتخلص من الفضلات السائلة والجافة لا يمكن اعتبارها من مهام القطاع الصحي ولكن الاشراف عليها هو من مهام القطاع الصحي• لذا تتحسن الصحه عندما تتوفر خدمات هذه القطاعات بجانب خدمات القطاع الصحي في المجتمع، لان في ذلك فرصه اكبر لتطبيق برامج الرعاية الصحية • الفلسفة العامة اذاً تشير الى ضرورة تمتع المجتمعات بهذه الخدمات، والدراسه تحاول تتبعها في مجتمع الدراسه للتعرف على مدى مساهمتها في الرعاية الصحية الاولية ومدى استفادة المواطنين منها •

لهذا فالدراسه تتعلق بمجتمع الدراسه الذي تقدم له خدمات الرعاية الصحية الاولية ، ويستفيد منها • فالفلسفة العامة للرعاية الصحية الاولية تضع الرعاية الصحية في اطار عام بحيث يصبح من السهل وضع استراتيجيات التطبيق• وتحاول الدراسة اختبار اجزاء هذا الاطار لتقييم هذه الاستراتيجيات على ضوء الفلسفة العامة للرعاية الصحية والتعرف على مدى فاعليتها في تحقيق اهدافها • فالمتتبع لهذه الفلسفة يرى بانها وضعت الاطار النظري للرعاية الصحية

الاولية، وافترضت تطبيقه على ارض الواقع بما يتناسب مع مقدرات المجتمعات الاقتصادية والاجتماعية، لذا تحاول الدراسة تناول اسلوب هذه الرعاية لمعرفة ما اذا كان التطبيق على الواقع في مجتمع الدراسة ينسجم مع هذا الاطار النظري للفلسفة العامة او ان هناك معوقات تصطدم بها برامج الرعاية الصحية الاولية او ان هناك خلل في الاسلوب نفسه ٠

١ ـ ٣ ـ ملائمة المجتمع المحلي للدراسة : ـ

يتمتع مجتمع الدراسة تقريباً بالخدمات العامة الضرورية التي تعتبر من العوامل المساعدة على تحقيق الرعاية الصحية الاولية ٠ لقد تأسس في قرية سال مجلس بلدي عام ١٩٨١ على اعقاب المجلس القروي الذي تأسس عام ١٩٧٢ وذلك لتقديم خدمات عامه افضل ٠ فالمجلس البلدي يقوم بالاشراف على تنظيم القرية ، ومنح تراخيص البناء والمهن التجارية ، كما ويشرف على الشروط الصحية التي يجب ان تتوفر في المحال التجارية والمؤسسات الغذائية الاخرى في القرية ٠ويقوم بمخالفة كل من لا يراعي المحافظة على البيئة لتبقى نظيفة ، اضافة الى القيام بحملات الرش للحشرات ومكافحة القوراض ٠ وكذلك يقوم المجلس البلدي بفتح الطرق وتعبيدها وانارة الشوارع وازالة القمامه ٠

ولا يقتصر تقديم الخدمات على البلدية فقط ، و لكن هنالك قطاعات اخرى تقدم خدمات مختلفة للقرية ٠ فقطاع المياه يزود البلده عبر الانابيب بمياه الشرب التي تصل الى جميع البيوت تقريباً ، زياده على عدد كبير من الآبار لجمع مياه الامطار ٠ كما تستفيد القرية من خدمات الكهرباء التي تصل الى جميع البيوت ٠ وهنالك خدمات البريد والهاتف والمواصلات التي تربط القرية بمختلف مناطق المملكه ٠ ومن وجهة نظر (منظمة الصحة العالمية ١٩٧٨) فان هذه القطاعات تساهم الى حد كبير في تقديم خدمات الرعاية الصحية الاولية الى جانب القطاع الصحي ومشاركة المجتمع المحلي ٠

واما في مجال الخدمات الصحية ، فمجتمع الدراسة يقع ضمن نطاق الخدمات التي تقدمها وزارة الصحة للمواطنين في المملكة ، وتشرف عليها مديرية صحة محافظة اربد ، من خلال المركز الصحي الاولي الذي تأسس عام ١٩٨٥ . والمركز يقدم الخدمات الوقائية والعلاجية للمواطنين كافة . ويعتبر المركز ، مركزاً وسطياً ، حيث يغطي بخدماته قرية سال كاملة وبعض من سكان بلدتي بشرى و المغير . وكان سابقاً اي قبل عام ١٩٩١ يتميز عن المراكز المجاورة بوجود طبيبين يغطيان مركز صحي سال والمراكز المجاورة في حالة غياب احد الاطباء العاملين فيها . وبقي الحال لغاية ١٩٩١ حيث تم نقل احد الاطباء العاملين في المركز الى بلدة حواره ، وذلك لوجود نقص في عدد الاطباء . اما الان فيشتمل الكادر العامل في المركز الصحي على طبيب واحد ومراقب صحي وقابلة قانونية ومساعدة قابله ومساعد ممرض ومساعدة ممرضة ومساعدي صيادلة ، و عددهم اثنان وكاتبة السجل وثلاثة مراسلين .ويعتبر المركز اول مركز في منطقة اربد يقوم بمكافحة الجرذان بعد بلدية اربد وذلك بالتعاون مع المجلس البلدى في القرية .

واما مركز الامومة والطفولة الذي تأسس عام ١٩٨٢. فيتميز عن المراكز الاخرى في المنطقه بتقديم خدمات الامومة والطفولة (الاشراف على الحوامل اثناء فترة الحمل ، وبعد الولادة، ويشرف على الاطفال ونموهم واعطائهم المطاعيم اللازمة لحين بلوغهم سن الخامسة) طيلة ايام الاسبوع في حين ان المراكز الاخرى تقدم خدمات الامومة والطفولة يومين في الاسبوع فقط . كما وينبثق عن المركز لجنة نسائية برئاسة القابلة القانونية وعضوية المساعده وعدد من نساء القرية وهدف هذه اللجنة متابعة الامهات والحوامل والاطفال والزيارات المنزلية من اجل تثقيف ربات البيوت .

على صعيد مجتمع الدراسة ، والى جانب الخدمات الصحية التى يقدمها المركز الصحي ، يوجد الكثير من الممارسات الطبية الشعبية ، التى يلجأ اليها مواطنو القرية طلباً للعلاج . فهناك من يعالج بالحجب(Spiritual Healers) (م . ع .د ، و ش. م.س.خ) وهؤلاء يتعاملون مع المرض من خلال القرآن الكريم وبعض الكتابات غير المفهومة لغيرهم . ومن وجهة نظرهم تشكل هذه الكتابات خطراً اذا ما استعملها غير مختصين . ولا يستطيع استعمالها الا

من كان صاحب طريقه (عنده المقدره من السيطره على الجان) ٠ وكذلك هناك المعالجون بالاعشاب(Herbal Healers) (ح ٠ ن ٠ ع ٠ ، و ح ٠ ق ٠ غ) بالاضافة الى الوصفات الطبية التي تعد في البيوت من قبل النساء) وهؤلاء يقومون بعمل وصفات عربيه من خليط من الاعشاب ومواد اخرى يجلبونها من مدينة اربد ٠ اضافة الى ذلك توجد الدايات البلديات (Traditional Medwives) (ح ٠ ن ٠ ع ، و ح ٠ج ٠خ ٠ ع ٠ والبعض من نساء القرية) اللواتي يقمن بالتوليد في البيوت ، وفي نفس الوقت يمارسن المعالجة بالاعشاب وعمل الوصفات العربية ٠

وكذلك هناك لجنة صحة المجتمع التى يرأسها رئيس البلديه وتضم في عضويتها طبيب المركز الصحي والمراقب الصحي ورئيس النادي الرياضي ورئيس الجمعيه الخيريه ومديري المدارس ومندوبين عن قسم التثقيف الصحي في مديرية صحة محافظة اربد ويشرف على هذه اللجنه المركز الصحي وتجتمع هذه اللجنة كل شهر مرة ، وذلك لتتبع المشكلات الصحية في القرية ووضع الحلول المناسبة لها ٠

وتأتي أهمية اختيار منطقة الدراسة لكون المركز الصحي فيها قد اختير كنموذج للمراكز المثالية في شهر آيار عام ١٩٩١ وذلك للاعتبارات التالية *:

١ ـ الفريق الصحي الكامل بكافة فئاته يعمل بروح الفريق للنهوض بخدمات الرعايه الصحيه الاوليه ٠
٢ ـ التفاعل النشط مع المجتمع المحلي ٠
٣ ـ وضوح الاهداف والمسؤوليات لكل فرد من افراد الفريق الصحي ٠
٤ ـ النشاطات الميدانيه المختلفه التي يقوم بها٠
٥ ـ وجود خريطة كاملة في المركز عن المنطقة والمواقع الهامة من النواحي الصحية في القرية ٠
٦ ـ دقة السجلات الطبية وتوفر المعلومات الدالة على نشاطات المركز في مجالات العمل المختلفة ٠

* نشرة بريد المراكز الصحيه، عدد ممتاز ، وزارة الصحة : قسم المراكز الصحية ١٩٩١ ص ١ ٠

١ ـ ٤ ـ أهمية البحث

من الجدير بالذكر ان وزارة الصحة تقوم بفتح مركز صحي لكل تجمع سكاني يتراوح تعداده ما بين ٢٠٠٠ ـ ٣٠٠٠ نسمة وذلك لتحقيق الصحة للجميع عام ٢٠٠٠ ٠ تم افتتاح مركز صحي عام ١٩٨٥ في قرية سال (مجتمع الدراسة) ، ليقدم الخدمات الصحية (الوقائية والعلاجية) لسكان القرية وبعض سكان القرى المجاورة ٠

وبناء على ما سبق فأن الدراسة الراهنة تهدف الى التعرف على مايلي في قرية سال :

١ ـ واقع خدمات الرعاية الصحية الاولية في القرية ٠
٢ ـ المعتقدات والممارسات الطبية والطرق العلاجية في القرية قبل وبعد إنشاء المركز الصحي ٠
٣ ـ مدى نجاح المركز الصحي في تحقيق الرعاية الصحية الاولية ٠
٤ ـ مدى مشاركة المجتمع المحلي في تخطيط وتنفيذ برامج الرعاية الصحية الاولية ٠
٥ ـ القطاعات التي تساهم في تقديم الرعاية الصحية الاولية الى جانب القطاع الصحي ٠

وعلى هذا الاساس فأن الدراسة تفترض مبدأ مايلي :

١ ـ هناك علاقة ايجابية بين الخدمات التي يقدمها المركز الصحي ومدى إقبال افراد المجتمع المحلي على تلقي هذه الخدمات ٠
٢ ـ هناك علاقة سلبية ما بين المعتقدات والممارسات

الطبية الشعبية وبين تطبيق برامج الرعاية الصحية الاولية ٠

٣ ـ هناك علاقة ايجابية بين المشاركة الشعبية في برامج الرعاية الصحية الاولية وبين مدى نجاح المركز الصحي في إداءه لمهمته بشكل افضل ٠

٤ ـ هناك علاقة ايجابية ما بين تحويل المرضى من المركز الصحي الى المؤسسات الصحية الاخرى الاكثر تخصصاً وبين التزام افراد المجتمع بهذا التحويل ٠

٥ ـ وجود علاقة ايجابية بين توفير خدمات القطاعات الاخرى (التعليم ، والكهرباء ، والماء ، والمواصلات ، والزراعة ،والبلديات) في المجتمع المحلي وبين تحقيق الرعاية الصحية الاولية ٠

الفصل الثاني

مفاهيم نظرية : الدراسات السابقة والميدانية

٢ـ مفاهيم نظرية : الدراسات السابقة والميدانية

٢ ـ ٠ ـ تمهيد

سنتطرق في هذا الفصل الى بعض الدراسات النظرية والميدانية السابقة لنقدم وصفاً عن واقع الرعاية الصحية في بعض المجتمعات المختلفة وكيف طورت هذه المجتمعات ردة فعل تجاه الاصابة بالامراض وكيف تأثرت ردة الفعل هذة بالتعريفات الثقافية لدى افراد هذه المجتمعات في تحديد الحالة المرضية والبحث عن العلاج ٠ فتناول هذا الفصل عرض بعض المفاهيم المتعلقة بالصحة والمرض والانظمة الصحية والنظريات التي حاولت تفسير حدوث المرض والبحث عن العلاج ٠ ومن ثم تمت في هذا الفصل مناقشة فروض الدراسة على ضوء الدراسات النظرية والميدانية السابقة وما تود ان تحققه الدراسة الراهنة ٠

٢ ـ ١ ـ مفاهيم الصحة والمرض

يرى الانثروبولوجيون الطبيون ان مفهوم المرض يختلف من مجتمع لاخر،حيث يخضع لمعان تختلف باختلاف الفهم التشخيصي لنوع المرض٠ فالاعراض المرضية في بعض المجتمعات تعتبر دلائل على الصحة في مجتمعات اخرى، وقد تكون في بعضها الاخر ليست ذات اهمية طبية وتعتبر حالة طبيعية٠ فيذهب كل من (lieban 1984 & Foster & Anderson1987 وحداد١٩٨٧) الى ان المرض هو حالة من صنع الانسان ، حيث تتناسب هذه الحالة مع فهمة الحضاري للمرض والاعراض والتشخيص،وهذا الفهم هو الذي يغير من سلوكه ٠ فتمييز الامراض والاعراض يختلف في المجتمعات ، فما يظن أنه مرض في مجتمع ما قد يتجاهله مجتمع اخر ، و قد يتغير بمرور الزمن في نفس المجتمع ٠

يشير ليبان (Lieban 1984 : 21) الى ان هناك بعض القرويين المصريين الذين يعتقدون بان وجود البلهارسيا وبعض الامراض المعدية لا تعتبر

امراضاً تستحق العلاج الا اذا كانت مصحوبة بالالم ، وكذلك يعتقد افراد مجتمع التونجا (Thonga) في افريقيا ان وجود الديدان في الامعاء يعتبر ضرورياً لعملية الهضم ولا يعتبر مشكلة الا في حالة ظهورها في المريء مسببة الاستفراغ او الخنق وعندها تستوجب المعالجة ، وحداد (١٩٨٧ : ٩٣) من جانبه يشير نقلا عن اخرين الى ان افراد(الكوبا) في سومطرا لا يعتقدون بان المريض في جلده مريض ويُعزى ذلك الى قساوة الحياة في الغابة ، وفي مثال اخر يوضح بأنه في بعض الاجزاء من امريكا لا يعتبر وجود الدودة الوحيدة مرضاً ، وذلك بسبب انتشارها ، كما ويعطينا مثالا اخر من المكسيك في جنوب الولايات المتحدة ، حيث تعتبر الحكة والديدان امراً عادياً بالرغم من انها ظاهرة غير صحية ، ونجد في كتابات فوستر (Foster & Anderson 1978:40) ان الملاريا التي تعتبر من الامراض القاتلة ، والتي تقوم منظمة الصحة العالمية ومنذ بداية الخمسينات من هذا القرن بجهود مكثفة للقضاء عليها، كانت منتشرة في القرن التاسع عشر في مرتفعات وادي المسيسبي ولم تكن تعتبر مرضاً.

فالانثروبولوجيا الطبية تفيد بان توزيع الامراض على السكان ليس مستقراً ولا عشوائياً وتختلف طبيعتها في المجتمعات وذلك يعود الى الاختلافات الحضارية والبيئية والفترة الزمنية ، والاحتمال الاكبر اهمية هو وجود اختلافات في طبيعية الامراض التي تصيب السكان بمختلف فئاتهم العمرية واجناسهم وطبقاتهم الاجتماعية داخل المجتمع الواحد، لان توزيع الامراض غالباً ما يعكس الانماط السلوكية المنظمة حضارياً (Brown & Inhorn 1990:187) .

الغالبية العظمى من العاملين في المؤسسات الصحية (اطباء وممرضين وممرضات ... الخ) يعتقدون بأن العوامل البيولوجية والطبيعية هي الاسباب التي تكمن وراء حدوث المرض، ولكن ما يوضحه علم الاجتماع والانثروبولوجيا هو أن هنالك عواملا اجتماعية تلعب دورا بارزا في القضية المتعلقة بالصحة والمرض ، مثل تحديد المفاهيم المرضية وتشخيص الامراض وايجاد الطرق العلاجية المناسبة لها والتي تتفق مع المعتقدات السائدة في هذه المجتمعات (المكاوى ١٩٨٨ : ٣٤).

فالصحة و المرض في كثير من الحضارات لا يرتبطان بالعوامل البيولوجية فقط و لكن كذلك بالعوامل الحضارية للشعوب وسلوكاتها الاجتماعية، والمرض والعلاج يعتمدان الى حد كبير على العوامل الاجتماعية (Lieban 1984 :15) فاهتمام الانثروبولوجيا الطبية ينصب حول معرفة الكيفية التي يفسر بها الناس في الحضارات المختلفة مسببات الاعتلال والصحة وانواع العلاج التي يلجاؤن اليها عندما يمرضون. وكذلك تدرس العلاقة بين المعتقدات والممارسات الطبية والتغيرات البيولوجية للانسان في حالة الصحة والمرض . فالمرض كما يصفه (حداد ١٩٨٧: ٨٦) في استعراضه لنظرية الشذوذ هو « حالة من الشذوذ غير الارادي وغير المبني على المعرفة المسبقة بالرغم من ان المريض قد يكون مسؤولا عن مرضه (تعريض نفسه للجروح والجراثيم) » . في هذه الحالة يعتبر المريض شاذاً لانه لايقدر على القيام بالوظائف التي اعتاد على القيام بها وعلى مقاومة المرض بنفسه ، ولانه لا يقدر على معالجة نفسه بنفسه فأنه يبدأ بالبحث عن العلاج . والممارسات الطبية هي الادوات التي يستخدمها النسق الاجتماعي لمعالجة حالة الشذوذ (المرض) واعادة المريض الى حالته السابقة وتمكينه من القيام بالوظائف التي اعتاد على القيام بها سابقاً ، لذا يلجأ المريض بدوره الى الطبيب او المعالج عندما يدرك بان هذا المعالج يملك الادوات القادرة على اعادته الى وضعه السابق (معالجته) (حداد : ٨٩) .

لقد ازداد الجدل حول معنى الصحة والمرض حيث كانت الصحة تعني خلو الانسان من المرض والعلل ولكن هذا المفهوم لم يكن مقنعاً لان هنالك اكثر من تعريف واحد للمرض، لقد قامت منظمة الصحة العالمية بوضع تعريف للصحة على انها «حاله اللياقة البدنية والنفسية والاجتماعية الكاملة وليست مجرد الخلو من الامراض والعجز» وامتد هذا المفهوم ليشمل الجانب الاجتماعي واصبحت النواحي الاجتماعية تأخذ بالاعتبار في برامج الخدمات الصحية ولم تقتصر هذه الخدمات على تشخيص المرض ووصف العلاج وانما اصبحت تبحث عن الوسائل التي تحقق الرفاهية وتحسين صحة العاملين ليبتعد عنهم المرض ولتبصح حياتهم افضل ويزداد انتاجهم. وفي المقابل فان الانخفاض في مستوى الرعاية الصحية يعكس اثاراً سلبية على جهود التنمية ويكون هذا بمثابة تهديد للقوى العاملة و عائق امام التقدم الاقتصادى والاجتماعى (بشير ١٩٨١: ١٤ ـ ١٧)

وتحاول الانثربولوجيا الطبية تفسير العلاقة ما بين المرض واسبابه واختيار العلاج ، حيث ان هناك دائماً خياراً ما بين العلاج او عدمه ، بين العلاج الفوري او الانتظار لملاحظة ما قد يحدث ، وبين العلاج الذاتي او البحث عن معالج · اهتم الانثروبولوجيون بالاعتلال وحاولوا تفسير البناء المعرفي الذي من خلاله يفسر الناس الامراض واسبابها وعلى ضوء ذلك يبحثون عن المعالجة، فهم يضعون الاعتلال في محتويات رمزية لاعطائها مضامين مميزة تساعدهم في البحث عن العلاج (Maclean 1976 : 291) ·

٢ ـ ٢ ـ المرض الاعتلال و السقم (Disease, Illness and Sickness)

يرى الباحثون في الانثروبولوجيا الطبية بان أختلاف المجتمعات ، هو اختلاف الثقافات والحضارات ،وبهذا الاختلاف اختلفت النظرة للمرض والتشخيص واختلفت كذلك ذات النظرة الى المعالجة والعلاج نفسها · من هذا المنطلق يرى (Foster and Anderson 1978 : 42 - 43) بأن تشخيص المرض يلعب دورا مهما في عملية اختيار العلاج· ففي هذا المجال نجد تشابهاً ما بين الطب الشعبي والطب الحديث· فأذا كان الاعتلال (Illness) يُعزى الى تدخل قوة غيبية في بعض المجتمعات فالامر يحتاج الى اعادة المريض الى صحته لذا فأن عملية المعالجة قد تعد بحيث يتم استرضاء هذه القوة لكي تتم عملية الشفاء، ولكي يكون هنالك تأكيد بأن المرض لن يعود ثانية · وفيما يتعلق بالطب الحديث فإذا ما اثبتت الفحوصات المخبرية بأن سبب المرض هو جرثومة معينة فأنه يصبح بامكان الطبيب اعطاء العلاج المناسب لتلك الجرثومة ·

يعتقد الكثير من الناس في العديد من المجتمعات بأن المرض هو عقاب تنزله قوة فوق طبيعية بسبب اقتراف إثم ما او القيام بعمل شرير او التعدي على المحرمات ·ومن هذا المنطلق فإن المرضى في جميع هذه المجتمعات قلقون حول عملية شفائهم لذلك تبرز الكثير من الاسئلة مثل: لماذا حدث هذا لي في هذاالوقت وهذا المكان؟ وفي العديد من مجتمعات العالم الثالث تلعب المعتقدات الشعبية دوراً هاماً في تفسير حدوث المرض وهذه الاعتقادات

تؤثر على سلوك الافراد الذي يؤدي الى نوع من التوازن في البناء الاجتماعي داخل المجتمع (Foster and Anderson 1978 : 43 & Heggenhougen 1989 : 2) ٠

وفي هذا الخصوص يوضح (Frankenberg and Lesson 1976 : 235) بأن الممارس التقليدي في بعض الحالات قد يقوم بعملية المعالجة وهو يعلم بأن الذي يفعله ليس عين الصواب لانه لا يعرف تشخيص المرض حتى يعرف العلاج لذا فالممارس التقليدي في بعض الحالات لايرى المريض ولايسأل عن سبب مرضه او حتى يقوم بفحصه لمعرفة العله ٠ ومن هذا المنطلق يوضح الباحثان بأن العديد من الممارسين الشعبيين يعرضون انفسهم على الاطباء الحديثين(Western Doctors) عندما يمرضون ٠ ويعزي الممارسون الشعبيون اسباب الامراض الى انتهاك الحرمات وارتكاب الخطايا وازعاج الارواح وعلى هذا الاساس فأن المرض يعزى الى اسباب مختلفة والسحر يأتي كتفسير يبين لماذا اصيب مريض ما بمرض معين وفي وقت معين٠

ولتحديد مفهوم للمرض فأن (Sachs 1983) توضح بأن الافكار والنشاطات المتأصلة في نظام الرعاية الصحية ما هي الا اشارات من الجسد٠ فالاحاسيس العضوية مثل الشعور بالالم والغثيان والدوار ٠٠٠٠ الخ يجب ان يفهمها الفرد وذلك من اجل ان تتم عملية صياغة مفهوم المرض باسلوب ثقافي٠ حيث يتم تفسير الرسالة (الاشارة) وفقا لافكار الناس ومفاهيمهم للسقم (Sickness) والصحة٠ اذ يتجاوب كل فرد على اساس التجربة الشخصية والافكار (وجهات النظر) المكتسبة٠ وقد يشكل الفرد مفاهيم خاصه عن شكل معين من اشكال السقم تختلف عن تلك التي يشكلها الطبيب الشعبي والطبيب الحديث وعندما يطلب المريض المعالجة يكون قد اقتنع بطريقة ما بأنه مريض وقد لا يوافقه المحيطون به او حتى الطبيب المعالج في هذا الاعتقاد ولذا فأن معرفة جوانب السقم (Sickness) المختلفة تساعد على فهم اسباب هذا الاختلاف (Sachs 1983: 17)٠

ويرى (Landy) أن الانثروبولوجين الطبيين لا بد وان يتفقوا على ثلاثة تعميمات:ـ

اولا:ـ المرض هو حقيقة عالمية في الحياة البشرية ٠

ثانياً- لقد طورت المجتمعات الانسانية المختلفة اساليب وادوار لكي تتناسب مع المصادر المتاحة والبناءات الاجتماعية التي لا بد وان تتعامل مع المرض.

ثالثاً- طورت كل المجتمعات البشرية مجموعة من المعتقدات والمعارف والادراك في ثقافاتها لتكون تعريفاً للمرض .(Cited in Heggenhougen & Drapar 1989 : 4)

واما من وجهة نظر (Frankenberg and Lesson 1976 : 232 - 233) فالسقم (Sickness) هو عبارة عن عملية اجتماعية تحتوي في مضمونها ليس فقط ان يصبح المرء مريضا او غير قادر من الناحية العضوية ولكن هي عملية الادراك التي يكونها الاخرون عن وجود خلل ما لا بد من عملية اصلاح له ولانماط السلوك. فاول مرحلة من مراحل السقم (Sickness) كظاهرة اجتماعية هي عملية توصيل الحقيقة للاخرين بطريقة طوعية او غير طوعية ، شفوية او غير شفوية . ففي اللحظة التي تصبح فيها اعراض السقم خاصية اجتماعية فان الحقيقة الاجتماعية التي تتكون سوف تؤثر على العلاقات الاجتماعية القائمة بطريقة او بأخرى و هذه العلاقة الاجتماعية قد تتأثر على اكثر من مستوى (مستوى العائلة ، الجماعة ، القرابة او القرية) واحيانا فأن سقم الفرد مثل رجل الدين او رئيس الدولة قد يكون له اهتمام على مستوى واسع مثل البلده او العالم ، وقد يؤدى الى طقوس قومية او عالمية . ومن هذا المنطلق فأن الناس يقومون بعملية شرعية (اقامة الصلوات والدعاء وتوزيع الهدايا... الخ) على مستوى محلى او عالمي.

واذا ما عدنا لتوضيح مفهوم المرض في الانثروبولوجيا الطبية نرى بأن (Sachs 1983) تستخدم مصطلحي المرض (Disease) والاعتلال (Illness) في محاوله للتميز ما بين مظاهر السقم (Sicknss) المختلفة. ومن هذا المنطلق استخدم مصطلح (Sickness) ليكون المفهوم العام. انما مصطلح الاعتلال(Illness) فيعني ما يعتبره الفرد خللا بالصحة العامة ، والخبرات الفردية الخاصة بالانزعاج (المضايقة) التي يجب ان يشعر بها المحيطون بذلك الفرد حتى

يعتبرونه مريضا • ويتضمن الاعتلال (Illness) ايضا التغيرات التى تطرأ على الدور الاجتماعي للفرد نتيجة للتغيرات الفسيولوجية والنفسية•

ففي مجال تفسير المصطلحات مرض، واعتلال وسقم (Disease,Illness and Sickness) يتفق (Kleinman) كما ورد في (Yang 1982) مع(Sachs 1983) على ان مصطلح المرض (Disease) يشير الى الامور غير الطبيعية الشاذة في البناء او وظيفة الاعضاء وهو كذلك يشير الى الحالات المرضية سواء كانت معروفة ثقافيا ام لا• واما مصطلح الاعتلال (Illness) فيشير الى مدارك الفرد وخبراته الخاصة بحالات لا يحبذها المجتمع وتتضمن المرض ولكنها لا تقتصر عليه• واما مصطلح السقم (Sickness) فهو يشير الى مصطلح شامل (Blanket) يتضمن الاحداث المتعلقة بالمرض او الاعتلال ولكن هنا يذكر (Kleinman) بأن الباحث في الانثروبولوجيا الطبية يحتاج الى ان يتذكر بأن مجاله هو السقم (Sickness) ومن هنا يبرز اهتمام (Kleinman) بالمعتقدات والممارسات الطبية السريرية على نحو اساسي• ويعني هذا بالنسبة له التركيز على ما يسميه الوظائف السريرية الجوهرية اى كيف تمكن انظمة المعرفة الطبية وممارساتها الناس من تشكيل بناء للاعتلال (Illness) كتجربة اجتماعية نفسية وايجاد معيار عام لتوجيه عملية البحث عن الرعاية الصحية ، والتقييم الفعال للمداخل العلاجية ،ومعالجة الحالات المرضية من خلال عمليات اتصالية مثل : التسمية والايضاح وتوفير النشاطات الخاصة بالشفاء (التدخل العلاجي والعناية والمساعدة) وادارة النتائج العلاجية التي تتضمن الامراض المزمنة والموت •

٢ ـ ٣ ـ بعض النظريات المتعلقة بالامراض واسبابها وتفسيرها(Some Theories of Illness)

نظراً لاختلاف المجتمعات اختلفت المداليل الحضارية التي تدل على المرض •« فمن المجتمعات البدائية ما عرفته على انه قوة مستقلة عن الكائنات ومنحته اسماء من عالمها الحضاري مثل الارواح الشريرة ،ارواح غاضبة او حاقدة،

وبعض الشعوب اعادته الى السحر والشعوذة (شرير ومفيد) واعتبرت النوع الشرير هو الذي يسبب المرض » ٠ كما ساد الاعتقاد بان هذه الارواح تسكن في جسم الانسان مسببة له المرض والموت ٠ وفي العصور الوسطى كان المرض في اوروبا يعتبر عقاباً من الله يستوجب التطهير بالصلوات والدعاء ٠ وما زال بعض الناس في الوقت الحاضر يعالجون المرض بالصلوات والادعية ٠ بالرغم من ان المرض في الوقت الحاضر يعرف على انه حالة المعاناة التي تمنع الانسان من القيام بواجباته اليومية، وبالرغم من ان هذا التعريف مبني على المعرفة العلمية التي توصل اليها العلم الحديث في تشخيص الامراض ومعالجتها، الا ان هناك بعض الجماعات في الوقت الحاضر تعالج المرض بالصلوات والادعية (حداد ١٩٨٧ : ٨١ ـ ٨٢) ٠ وهذه الجماعات وصفها(Murdock 1980) بانها تفضل الصلوات والادعية على البنسلين ٠

تنقسم النظريات التي تتناول المرض وحدوثه وأسبابه وتفسيراتها الى قسمين : النظريات الطبيعية (المعرفة العلمية التي يعتمدها الطب الحديث) ، والنظريات الخرافية التي لا يعترف بها الطب الحديث ٠ واعتمدت تصنيفاتها على الانثروبولوجيا ٠ ففي النظريات الطبيعية انحصر دور الانثروبولوجيا في وضعها ضمن اطار مناسب لغايات التحليل المقارن مع عدم المساس بدقتها العلمية او تشويهها (Murdock 1980 : 8) ٠

ويشير ميردوك (Murdock 1980 : 9 - 11) الى ان هناك خمسة انماط من النظريات تندرج تحت النظريات الطبيعية لحدوث المرض : النمط الاول وهو العدوى (Infection) اي غزو الكائنات الدقيقة الضارة لجسم الانسان مسببة له المرض ٠ والنمط الثاني يعتبر بان تعرض الانسان الى الاجهاد (Stress) مثل الاجهاد النفسي ،اوالجسدي ،او شدة الجوع ، او العطش ، والاضطربات العاطفية ، او الضغط الشديد الناتج عن الحرارة والبرودة ، او القلق والخوف يسبب له المرض ٠ اما النمط الثالث فيعتبر المرض عبارة عن خلل عضوي ، اي ضعف في القدرات الجسدية المصاحبة للتقدم في السن، او الناجمة عن الفشل المبكر لبعض الاعضاء في تأدية وظائفها مثل القلب والكلى، او ظهور التشوهات الوراثية التي تظهر عند الولادة او اثناء فترة الطفولة ٠ وفيما يتعلق بالنمط الرابع فانه يعتبر ان الحوادث تعد سبباً في حدوث المرض (الحروق ،و التسممات ،و

الجروح ،و الكسورو السقوط ولدغ الافاعي والحشرات) واما النمط الخامس والاخير فانه يبين بان الاعتلال قد ينتج عن الضرب المتعمد واحداث الجروح (المشاجرات والاعتداء ،والتشويه،و جرائم العنف والحروب وحاولات الانتحار) ٠

وفي المقابل يوضح ميردوك (Murdock 1980 : 17) بان هناك ثمانية انماط لاسباب حدوث المرض وهذه الانماط لا تشترك مع بعضها بعضاً في الكثير من الامور سوى اعتمادها على الافتراضات الخرافية التي لا يعترف بها الطب الحديث. هذه الانماط تقع ضمن ثلاث نظريات :

٢ ـ ٣ ـ ١ ـ نظرية الاسباب الغيبية

تفسر هذه النظرية اعتلال الصحة على انه نتيجة آلية (ذاتية) لتجربة او لتصرف الضحية (المريض) من خلال بعض العلاقات السببية غير الشخصية المزعومة وليس من خلال تدخل الانسان او المخلوقات الخرافية وتحتوي هذه النظرية على اربعة انماط من الاسباب : فالنمط الاول يعتبر القدر هو المسؤول عن الاعتلال ، والنمط الثاني يوضح ان الاحاسيس المشؤومة، اي المعاناة من بعض الاحلام والمناظر والاصوات على نحو خاص يعتقدانها تسبب الاعتلال ٠ اما النمط الثالث فهو العدوى وهذه العدوى تنتج عن الاحتكاك ببعض الاشياء او المواد الملوثة او الانسان الملوث وهذا السبب يوازي العدوى في الاسباب الطبيعية٠ فعلى سبيل المثال يعتبر مجتمع الثونجا (Thonga) ان العدوى هي المصدر الرئيس للاعتلال ومصدر هذه العدوى : دم الدورة الشهرية للنساء وجثة الشخص المتوفي ٠٠٠٠٠ الخ ٠ واما النمط الرابع فانه يعتبر الجزاء (العقاب) هو السبب في اعتلال الصحة ، وهذا العقاب ينجم عن انتهاك بعض الحرمات او القوانين الاخلاقية التي تسبب المرض مباشرة وليس من خلال المخلوقات الخرافية الخارقة ٠ هذا النمط في بعض المجتمعات يطلق عليه « مخالفة المحرمات » (المحرمات الخاصة بالطعام، و الجنس، واداب المعاملة، و الطقوس، والممتلكات) (Murdock 1980 : 17-19)٠

٢ ـ ٣ ـ ٢ ـ نظرية الاسباب الاروحية

تعتبر هذه النظرية الكائنات الخارقة للطبيعة هي التي تسبب الاعتلال مثل الروح والشبح والالهة، ويمكن تمييز نمطين تحت هذه النظرية : النمط الاول وهو فقدان الروح (Soul Loss) وفي هذه الحالة يعزى الاعتلال الى انفصال الروح الارادي عن الجسد، كما في الاحلام حيث يعتقد بان كل انسان يملك روحاً تستقر في داخل جسده الا انها قادرة على مغادرة الجسد على نحو مؤقت لتعايش التجارب وقد يؤدي غيابها الطويل الى المرض وفي بعض المجتمعات مثل مجتمع هنود تينينو (Tenino Indians) يعزى المرض الى السحر والشعوذة من خلال امتلاك الروح (اوتقمصها)، ويقوم الشامان (الكاهن) بتتبع هوية المتقمص من خلال ارسال روح خاصة حارسة الى جسم المريض في مهمة تفتيشية (استطلاعية) . احياناً تجد تلك الروح انه ليس ثمة روح شريرة يجب طردها بل غياباً للروح فقط . ويمكن ان يحدث هذا الغياب للروح عندما يموت عزيز على المريض ـ كالزوج ، الزوجة ، والطفل ـ مما يسبب له الاكتئاب والضغوط ويجعل روحه تغادر جسده لتلحق بروح المتوفي العزيز في العالم الاخر . ولمعالجة هذه الحالة يملك كل شامان من تنينوTenino شبح انسان واحد من ضمن مجموعة من الارواح الحارسة التي يملكها يرسل به الى عالم الارواح ويأمره بأعادة روح المريض التائهة هناك واذا استعادها في الوقت المناسب يصبح من المؤكد ان المريض يتماثل للشفاء (Murdock 1980 : 20) .

اما النمط الثاني فيدعى عدوان الارواح (Spirit Aggression) وفي هذا النمط يعزى الاعتلال الى العقاب المباشر لبعض المخلوقات الخارقة الحاقدة او الغاضبة . وهذا العدوان يختلف عن العدوان الانساني لان عامل العداء هو الشبح او الروح او الالهه وليس الانسان ويختلف ايضاً عن الاسباب السحرية ، حيث تتصرف المخلوقات الخارقة عندما يتم إيذاؤها والفئات الرئيسة لهذه المخلوقات الخارقة هي ارواح الكون ، وشياطين المرض ، وبعض الالهة ، والاشخاص

والاقارب المتوفين ، والاشباح ٠

٢ ـ ٣ ـ ٣ ـ نظرية السحر والشعوذة

تعزو هذه النظرية الاعتلال الى الاعمال السحرية الخفية للانسان الحسود او الحقود الذي يلجأ الى الاساليب السحرية لايذاء الاخرين ٠ ويمكن تمييز نمطين من السحر : الاول الشعوذة (Socery) وفي هذا النمط يعتبر اعتلال الصحة عائداً الى الاستخدام العدائي للاساليب السحرية بمساعدة ساحر او شامان (كاهن) او من خلال العبادات والصلوات واللعنات او ارسال الارواح الغريبة لامتلاك جسد الضحية وسرقة روحه او تقمصها ٠ والنمط الثاني هو العرافة (Witchcraft) وهذا النمط يعزو المرض الى عمل ارادي وغير ارادي لانسان من طبقة معينة يعتقد بانه يملك قوة خاصة وميلا نحو الشر٠ فالعرافون ذكوراً كانوا ام اناثاً يميلون الى الحسد ويستخدمون اساليب مختلفة واهمها « العين الحاسدة » (Evil Eye) ٠

يبين ميردوك (Murdock 1980) بالمقارنة ان اهمية اسباب الاعتلال المعزوة إلى القوى الخارقة للطبيعة تفوق بكثير اهمية الاسباب الطبيعية في انظمة المعتقدات الخاصة بشعوب العالم، وخاصة نظرية عدوان الارواح ونظرية السحر والنظرية التأملية لعقوبات انتهاك المحرمات كما برزت بعض الاهمية البسيطة لعزو الاعتلال الى التأثير المشؤوم المؤذي للعرافين٠ وعندما يعتقد الناس بان المرض هو عقاب من الله او امتعاض من الاسلاف بسبب اثم ما فانهم يحاولون وقاية انفسهم وذلك بالابتعاد عن المحرمات وتنفيذ الواجبات٠ وأما الذين يعتقدون بان سبب مرضهم هو السحر فإنهم يعدلون من سلوكهم خوفاً من ان يلجأ غيرهم لايذائهم، واذا كان المريض يعزو مرضه الى دخول هواء بارد الى جسمه فانه يحاول منع ذلك الهواء البارد من اصابته ٠وعندما يشعر الناس بان اطفالهم قد يصابون بالعين الحاسدة فان الامهات الحريصات يقمن بوضع حجاب في معاصم او رقبات اطفالهن لكي تبعد اذى العين الحاسدة عنهم (Foster and Anderson 1978 : 41 - 42)

في اغلب الاحيان يسعى الانسان لعلاج مرضه • فكما يذكر (Rubin)
كان قلق الانسان ازاء المرض والصحة والبقاء يدفعه للبحث في اطار معرفته عن
حلول لمشكلات الاعتلال (Cited in Foster and Anderson 1978 : 34) فما
توضحه الانثروبولوجيا الطبية هو ان الانسان لا يستطيع فهم ردة فعل الناس اتجاه
الاعتلال او الموت او سوء الحظ دون ان يفهم حضارتهم التي حصلوا من خلالها
على المنظور الذي يستطيعون من خلاله تفسير عالمهم •

فالامراض تشكل جزءاً لا يتجزأ من الحياة وفي كل مجتمع انساني وحقبة
تاريخية نجد ان الجماعات قد طورت نوعاً من الاستجابة الهادفة لتفسير الاصابات
والامراض والاعتلال او السيطرة عليها او الوقاية منها او التقليل من حدوثها او
علاجها(حداد ١٩٨٧ : ٤١ & Pederson & Baruffati 1989 : 487) فهذا العرض
لنظريات اسباب حدوث المرض يعكس محاولة الفهم الحضاري لهذه الاسباب
ويوضح الخلفية الحضارية التي يستند عليها المريض في اختياره لعلاج مرضه•

٢ ـ ٤ ـ الاتجاه التكاملي

تبين المسوحات التي تناولت نسبة انتشار الامراض والتجربة الخاصة بها في دول مختلفة من آسيا وافريقيا وامريكا اللاتينة تعددية الاستخدامات العلاجية واللجوء الى مصادر مختلفة لغايات المعالجة.ولوحظ بان حوالي ٧٠ ـ ٨٠ % من الحالات المرضية تعالج خارج النظام الطبي الرسمي اي من خلال الطب التقليدي او المعالجة الذاتية او الاستسلام للمرض ، كما واتضح بان نصف عدد المراجعين للطب الحديث لا يتبعون العلاج الذي يوصف لهم في النظام الصحي الرسمي (Pederson & Baruffati 1989 : 489)

يحاول الممارسون في معظم الانظمة الطبية المحلية معالجة المرض من خلال معرفة السبب وذلك من خلال استقصاء العلاقة بين المريض وما يحيط به لايجاد تفسير حضاري لذلك المرض (Lieban 1984 : 23) . واللجوء الى نظام طبي دون اخر يعتمد على التشخيص . فعلى سبيل المثال في مجتمع قرية قاسم شمال اليمن تشاجر رجل يدعى صالح مع اخر ، وفسر سلوك صالح على انه خلل عصبي سببه نقص في كمية الدم في جسد صالح ونقص في التغذية . فتم اخذ صالح الى المستشفى واعطى بعض الفتيامنيات والمقويات . ولكن ثمة من قام بتشخيص مرضه على انه الفجعة (الخوف) وان سلوكه(المشاجرة) يعكس خللا في روحه وفي هذه الحالة يجب ان يعالج بالميسم (اداة الوسم) على صدره وظهره، وفسر ذلك لوالدته على ان الخوف يذهب الشهية ويؤثر على الهضم مما يؤدى الى خلل في التوازن الداخلي للجسم والى المرض . وفي تفسير اخر لحالة صالح قالت بعض النسوة بانه مصاب بمس من الجنون . وهذا نابع من معرفتهن بأن المرء يصاب بالجنون اذا قام بتحريك القوة السحرية حيث ان قراءة النصوص السحرية في الليل تدفع الجن الى امتلاك القارىء لها . وكان صالح قارئاً جيداً لهذه النصوص مما جعله عرضة للخطر (Myntti 1988 : 515) . فالحضارة تعطي تفسيراً للمرض وبناء على ذلك يبدأ المريض بالبحث عن العلاج،فنجد من يفضل الدعوات والصلوات (الطب المحلي) على ابرة البنسلين (الطب الحديث) (Murdock 1980 : Xiii)

إن الممارسين للطب الحديث (Biomedicine) وبالرغم من ادراكهم ان الممارسات الطبية الشعبية موجودة في المجتمع الا انهم لا يؤمنون بها ويعتبرونها خرافات او مخلفات بالية . وفي المقابل توجد نماذج تفسيرية لدى الممارسين التقليدين لنظامهم الطبي (طبيعية ، سحرية ، عشبية او دينية) ويتصرفون وفقاً لهذه النماذج التفسيرية الا انهم في قرارة انفسهم (ضمنياً يعترفون بان الطب الرسمي اقدر على معالجة بعض الامراض والاعراض المرضية ولكن يميلون الى المغالاة في تقديرهم لانفسهم ظناً منهم انهم لايخطئون . وعلى رأي (Kleinman) كما يوضحه (Pederson & Baruffati 1989:489-490) توجد مجموعة واسعة من المعتقدات الخاصة بالمرض والاعتلال لدى الاطباء والمداوين والسكان ، يمكن تقسيمها الى ثلاثة نماذج تفسيرية مختلفة : حديثة ، شعبية ، وفلكورية وذلك اعتماداً على الشخص الذي يقوم بتفسير المرض (الاخصائي ، المداوي ، المريض نفسه ام اقاربه .... الخ) .

ويرى Paul (1984 : 233) ان مفهوم الصحة يختلف من فهم الاخصائيين الصحيين له الى فهم افراد المجتمع المنوي احداث تحسينات في نظامه الصحي . فالصحة بالنسبة للاخصائيين تحظى باولوية كبرى بينما الصحة لاتحظى بالاولوية المتساوية بالنسبة لافراد المجتمع . من هذا المنطلق ينبغي على العمال الصحيين ان يفهموا حضارة المجتمع الذي سيتعاملون ،معه والحضارة كما يشير اليها Paul « نظام من المعتقدات والعادات المختلفة » . وادخال برامج تعزيز الصحة العامة ما هو الا ممارسة في مجال التغير الحضاري . فالعاملون بالنظام الطبي الحديث يجب ان يستوعبوا حضارة المجتمع الذي يريدون خدمته بدلا من ان يفترضوا انه ينبغي على الناس ان يتفهموا عقلانية المعتقدات والممارسات التي يتم ادخالها الى مجتمعهم. ويقول Paul :

> « اذا اردت ان تساعد المجتمع في تحسين صحته يتوجب عليك ان تتعلم كيف يفكر الناس قبل ان تطلب من مجموعة منهم ان تتبنى عادات صحية جيدة ومن الحكمة ان تتم دراسة العادات الموجودة وكيفية ارتباطها ببعض الوظائف التي تؤديها وما تعنيه لممارسيها » (Paul 1984 :233) .

ويوضح (Pederson & Baruffati 1989 :489-490) بانه في الكثير من دول العالم تبذل المحاولات لاحداث تغيرات في السياسات الصحية واداء الخدمات وذلك لتعديل العلاقة ما بين الانظمة الطبية المختلفة الموجودة في مجتمعاتها لرفع مستوى الخدمات الصحية وتسهيل الوصول اليها • فاستطاعت بعض الدول من حصر الممارسات الطبية على القطاع الرسمي (النمسا ، بلجيكا ، فرنسا ، الاتحاد السوفيتي ، كوبا ، والدول الاشتراكية) وتم في هذه الدول حصر الممارسات الطبية على الاخصائيين الذين ترخصهم الدولة ، كما واستخدمت التكنولوجيا في عمليات التشخيص ومعالجة الامراض • وفي دول اخرى (الهند ، باكستان ،بنقلادش ، سيرلانكا ، وبرما) تمت المساواة بين الطب التقليدي والطب الحديث وتم الاعتراف بالانظمة الطبية التقليدية المبينة على ايورفيدا وأوناني(Ayurveda & Unani) •وفي الصين تم دمج الممارسين التقليدين بخدمات الرعاية الصحية مما ادى الى شكل واحد للنظام الطبي وفي نقطة وسط تتواجد الانظمة الطبية ضمن نظام رعاية صحية تعددي كما هو الحال في امريكا اللاتينية (كولومبيا ، الاكوادور ، البيرو ، وبوليفا) فالانظمة الطبية في هذه الدول تتعايش فيها مختلف الممارسات التقليدية والحديثة •

لهذا فأنه من المهم جداً ان يتفهم العاملون فى المركز الصحي حضارة المجتمع المحلي • لان هذه الحضارة تلعب دوراً مميزاً فى اختيار العلاج فنجد هنالك استجابة من المريض لما توارثه عن ابائه واجداده من افكار علاجية قد تكون لديه تصنيفاً علاجياً للامراض الشائعة (الصداع ، امراض العيون ، الاسنان ، الربو ، والعقم) حيث انه لو لم يجد المستخدمون لهذه المعالجة جدوى لما استمر المجتمع في استخدامها ولما استمر افراد المجتمع على توارثها وتناقلها من جيل لجيل • ففى دراسة عن الادوية الشعبية فى الريف المصرى يبين خليفة (١٩٨٤ : ٤٠) بأن المريض الامي الجاهل يستجيب لما توارثه عن ابائه واجداده من افكار •

اذاً للتخلص من المنافسة التى قد تسبب اثاراً سلبية على المجتمع الذى توجد فيه بشكل عام وفى الريف بشكل خاص فأن مشاركة المجتمع المحلي في تقديم خدمات الرعاية الصحية الاولية سوف تخفف من الاعراض الجانبية للممارسة• فقد تكتسب(الداية) على سبيل المثال خبرة اضافية لعملها الشعبي اذا

تم استدعاؤها للعمل فى المركز الصحى وتم تدريبها على استخدام الاساليب العلمية الحديثة والتخلص من العادات السيئة التى قد تسبب مضاعفات سلبية خطيرة للام والطفل وهذا ايضاً ما اوضحته دراسة المكاوى السابقة الذكر.

وتؤكد منظمة الصحة العالمية (١٩٧٨) على اهمية عدم النظر للممارسين التقليدين على انهم منافسون للطب الرسمي (الحديث) وعلى ضرورة دمجهم في برامج الرعاية الصحية الاولية بعد تدريبهم وتوجيههم وخاصة القابلات التقليديات :

« يوجد الممارسون الطبيون والقابلات في معظم المجتمعات وغالباً ما يكونون جزءاً من المجتمع والثقافة المحلية ، وهم يحتلون وضعاً اجتماعياً جيداً في اماكن كثيرة ، حيث يكون لديهم تأثير قوي على الممارسات الطبية المحلية .ويمكن لهؤلاء الممارسين الوطنيين ان يصبحوا بمساعدة النظام الرسمي حلفاء مهمين في تنظيم الجهود التي تبذل من اجل تحسين صحة المجتمع، ولذلك فان الامر يستحق دراسة احتمالات اشراكهم في انشطة الرعاية الصحية الاولية وتدريبهم وفقاً لذلك » (منظمة الصحة العالمية ١٩٧٨ : ٣٤).

وعلى رأي (Heggenhougen (1984 : 217 فأن الكثير من البلدان تبدي الرغبة في تحسين الحالة الصحية في مجتمعاتها وقد قامت هذه البلدان بتبني مبدأ الرعاية الصحية الاولية لتحقيق الصحة لجميع سكانها بحلول عام ٢٠٠٠ ولكن الدرجة التي قد تسمح بتطبيق الرعاية الصحية تعتمد على الخصائص الاقتصادية والاجتماعية والسياسية لهذه البلدان ، حيث ان الحالة الصحية تتحدد بالوضع الاقتصادي والاجتماعي وليس بتقديم الخدمات الصحية العلاجية لان هذه الخدمات تستفيد منها فئة قليلة على حساب الفئة الكبيرة المحرومة .

يرى Mirdal (Cited in Basheer 1981 : 18) انه من غير المحتمل ان تكون هناك خطط ناجحة للرعاية الصحية الاولية اذا تجاهل العاملون في مجال الرعاية الصحية التفاعل المستمر ما بين الصحة والبيئة الاجتماعية. وفي هذا السياق يؤكد المكاوي على ان الاطار الاجتماعي والثقافي يجعل من العاملين في

المجال الصحي اناساً لديهم الكفاءة في الفهم السليم للدور الذي يقومون به في المجتمع المحلي، حيث ان الفهم الجيد لثقافة المجتمع يؤدي الى تكوين علاقة ايجابية ما بين مقدم الخدمة الصحية وطالب هذه الخدمة. فالصحة والمرض هي نتاج لواقع اجتماعي وثقافي تتأثر به الخدمات الصحية (المكاوي ١٩٨٨: ٨-١١)

ومن وجهة نظر رشوان فأن دراسة الرعاية الصحية الاولية يجب ان تفهم ليس على اساس تقديم الخدمات الطبية العلاجية والوقائية والكيفية التي تتم بها مزاولة المهنة ، بل على اساس ان هناك علاقة ما بين المرض والبيئة الاجتماعية، وان البناء الاجتماعي والبيئة الاجتماعية والحضارية تلعب دوراً هاماً في علاج وظهور الامراض. فعلاقة التفاعل بين العاملين في المجال الطبي والمجتمع الذي يخدمونه تتجلى من خلال اشراك المجتمع في برامج الصحة وكذلك من خلال فهم الاطباء والعاملين لحضارة المجتمع ومحاولة المساعدة في حل المشاكل الصحية والاجتماعية (رشوان ١٩٨٣ : ح)

فالعلاقة ما بين المركز الصحي والمجتمع المحلي لا بد من ان تتميز بمستوى جيد من التفهم لان الانسجام في هذه العلاقة ضرورة لكي يصبح هناك تفاعل اجتماعي افضل ما بين المركز والجمهور الذي يخدمه . وعلى التثقيف الصحي ان يلعب دوراً في نشر الوعي الصحي في المجتمع بحيث يؤثر على الممارسات الطبية التقليدية الخاطئة وان لا تترك الاعراض الجانبية تتفاقم من خلال محاولة اقناع الناس بالكف عنها والابقاء على ما هو غير ضار منها وتطويرها والاستفادة منها في حالة ثبات انها مفيدة . وكذلك ينبغي على المركز الصحي ان لا ينفرد بنفسه فى مجال تقديم الخدمات الصحية ولكن يجب ان يشرك المجتمع المحلى فى ذلك وخاصة الممارسين للطب التقليدي ، حيث ان هذا الاشراك للمجتمع المحلي يقوى من العلاقه القائمة ويقلل من الفجوة بين المؤسسة الصحية والمجتمع المحلى . وبأشراك المجتمع المحلى فى مجال تقديم الخدمات الصحية يستطيع المركز الصحي تفهم ثقافة المجتمع المحلى ومشاكله وعاداته وسلوكه وفى نفس الوقت وبهذه الطريقة يستطيع المركزالصحي حلها جميعاً لان اشراك الناس فى البرامج الصحية يرفع من مستوى التفاعل الاجتماعي ما بينهم وبين المؤسسة الصحية المشرفة على هذه البرامج، وبالتالى فأن علاقة التوافق هذه ترفع من مستوى الصحة فى المجتمع (منظمة الصحة العالمية ١٩٨٩) .

٢ ـ ٥ ـ الدراسات الميدانية وفروض البحث

٢ ـ ٥ ـ ١ ـ الدراسات الميدانية

مما تقدم نستطيع القول بأن ما تبنته منظمة الصحة العالمية في تقديم الخدمات الصحية ، أى بأعتماد الرعاية الصحية الاولية كوسيلة لتحقيق الصحة للجميع بحلول عام ٢٠٠٠ انما هو عبارة عن نموذج مثالي لا تستطيع جميع الدول اتباعه ، لان الامكانيات تختلف من مجتمع لاخر · حتى ولو توفرت هذه الامكانات فهناك ما يسمى بالتطبيق الخاطىء للبرامج، ففي بعض الاحيان لا يصلح البناء الذى توضع فيه المؤسسة الصحية لان يكون مركزا تقدم من خلاله الخدمات وأحيانا اخرى يتجاهل العاملون في المؤسسة الصحية الخلفية الاجتماعية والثقافية للمجتمع الذى يخدمونه مما يضع العراقيل أمام تطبيق البرامج الصحية، وأحيانا اخرى تحول الظروف الاقتصادية والاجتماعية والسياسية وفقر المجتمع دون تطبيق البرامج والممارسات الخاطئة للعاملين تقف حجر عثرة امام نجاح هذه البرامج وكذلك قد تلعب الممارسات الطبية الشعبية دورا كبيرا في التأثير على تطبيق برامج الرعايه الصحية الاولية · وهذا لا يعني بأنه ليس من الممكن تطبيق برامج الرعاية الصحية الاولية · لكن هذه الخدمات الصحية الاولية لا تقدم من خلال النموذج الذى وضعته منظمة الصحة العالمية لان امكانات المجتمعات تختلف من مجتمع لآخر· فالمجتمع الذى يملك الامكانات الاقتصادية التى تؤهلة للمشاركة الاجتماعية والاقتصادية يختلف عن مجتمعات اخرى تتميز بامكاناتها الاقتصادية والاجتماعية المتدنية ولا يمكن لها أن تشارك وبالتالي تبقى محرومة من تحسين ظروفها وتحقيق قدر من الرفاهية ·

ففي دراسة أجراها (Muller 1987) في البيرو على ثلاثة مجتمعات ريفية للتأكد من فاعلية تطبيق برامج الرعاية الصحية الاولية ، وجد ان هذه البرامج في المجتمع الاول لم تتوفق والمجتمع الثاني تقبلها تقبلا جزئياً والمجتمع الثالث تقبلها تقبلاً كليا· ويقول Muller ان اسباب عدم النجاح في المجتمع الاول تكمن في محدودية الموارد ، حيث لم تستطع تغطية المجتمع كله وكان هذا مرتبطاً بالدعم الذى تقدمه الدولة التي لم تكن قادرة على تقديم الدعم

الكافي للمساعدة في تأمين متطلبات الدواء والعاملين، وكذلك في غياب الاشراف على البرامج تبقى هذه البرامج دون تقييم ولا يعرف مدى مطابقتها مع أحتياجات المواطنين وتجاهل الانظمة الصحية الشعبية ومشكلة الفقر والتركيز على الجانب العلاجي أكثر من الوقائي الذي أفقد برامج الرعاية الصحية فاعليتها٠

فالحالة الاقتصادية في رأي مولر (Muller 1987) تلعب دورا مميزا في تنفيذ برامج الرعاية الصحية الاولية حيث أن للمجتمع الذى يتمتع بحاله اقتصادية جيدة الفرصة والحرية الاكبر في أخذ القرار بالمشاركة الجماهرية ٠ اما المجتمع الذى حالته الاقتصادية متدنية فلايكون لديه الخيار لانه لا يملك الامكانات المطلوبة للمشاركة ٠فالمجتمع الاول سوف يستفيد من برامج الرعاية الصحية الاولية ، والمجتمع الثاني لن يستفيد لانه لم يشارك وهذا ما حدث في المجتمعات قيدالدراسه ٠

وفي حالة دراسية اخرى من مصر تبين بأن فشل المؤسسات الصحية في الريف المصري يعود الى عدم اهتمام العاملين الطبيين بالمرضى سواء بالكشف أو العلاج ، بالاضافة الى النمطية في صرف الدواء لجميع المرضى (كالسلفا والاسبرين) دون الاهتمام بالحالة المرضية ولا بعلاجها المناسب ٠ وكذلك لعبت قلة الامكانات الطبية والفقر دورا بانصراف القرويين عن المركز ٠ كما لعبت سياسة تعيين عمال النظافة دورا هاما في إفشال الخدمات الصحية حيث قام العديد من عمال النظافة بامتهان مهنة التمريض، وبأعطاء الحقن والتطعيم وعمل التحاليل وتقديم العديد من الخدمات الصحية داخل الوحدة الصحية وخارجها مما عرضهم للوقوع في الخطأ لاكثر من مرة،ومما جعل المواطنين ينصرفون عن هذه الوحدة (المكاوى ١٩٨٨) ٠

ويبدو ان قصور الامكانات وسوء العلاج وعدم جدوى الادوية المجانية وعدم الاهتمام الطبي بالمرضى قد جعل تصوراً عند المواطنين بأن مجانية الخدمات تعني عدم جدواها، وأصبحت الخدمات الصحية الخاصة من منظورهم هي الاجدى حيث الاهتمام الزائد والاجهزة الدقيقه ٠وتشير هذه الدراسه ايضاً الى ان الخدمات الصحية في الريف كانت في بدايتها ممتازة ولكن بمرور الوقت وتوالي الازمات الاقتصادية والعسكرية بدأ أهتمام الدولة بالمؤسسات الصحية الريفية على مستوى

الموازنة يتراجع، فتدهور مستواها وانصرف القرويون عنها وأصبح المقتدرون يلجأون للقطاع الخاص (المكاوى ١٩٨٨) ففي الحالة الدراسية الميدانية الاولى والحالة الثانية نجد هنالك تشابهاً كبيراً في فشل برامج الرعاية الصحية الاولية اذ نخرج بتصور بأن واقع الخدمات الصحية لا يتطابق مع النموذج الذى وضع في الماآتا واصبح يطبق بطريقه خاطئة أو كان يصطدم بعراقيل نابعة من ثقافة المجتمع ٠

اذا مما يزيد الامور تعقيدا هو تصميم برامج الرعاية الصحية بمعزل عن مسيرة التنمية الاقتصادية والاجتماعية وفي كثير من الاحيان تقتصر هذه الانظمة نشاطها على الرعاية الطبية ،مهملة البيئة ومافيها من المشاكل الصحية التي يتجاوز السيطرة عليها نطاق الرعاية الطبية وعلى هذا الاساس فإن الرعاية الصحية المرتفعة التكاليف والقليلة الفائدة تنعكس انعكاسا سلبيا على المجتمع فأنه لابد وان تتم مراجعة النظام الصحي مراجعة واعية تبحث من خلالها التقنيات والوسائل التي سوف يستخدمها النظام الصحي، وجدارتها ، لانه من هذا المنطلق لايمكن ان يحقق النظام الصحي الرعاية الصحية المطلوبة فالتنمية الاقتصادية ومكافحة الفقر وانتاج الغذاء وتوفير المياه والاصحاح البيئي والاسكان والتعليم تساهم كلها في توفير الرعاية الصحية ، اذ يتوجب ان يكون هنالك تناسق ما بين التنمية الاقتصادية والاجتماعية والقطاع الصحي لتحقيق الرعاية الصحية للجميع (منظمة الصحة العالمية : ١٩٧٨: ٨ ـ ١١) ٠

كما بينت الابحاث الميدانية بان ثقافة المجتمع تلعب دوراً مهماً في تحديد العلاج ٠ففى حالة دراسية عن الاتراك فى السويد تبين بأنه بالرغم من توفر العلاج الحديث، وامكانة تشخيص المرض ، ومعالجته الا انه فى النهاية قد تقرر ان تعرض الحالة على المعالجين الشعبيين ، وذلك لوجود فهم معين في ذهن من يقرر اختيار العلاج٠ فبعد ان تعرض الام طفلها على طبيب المركز وقيام الطبيب بدوره بالتشخيص والمعالجة ،الا انها في النهاية تشخص المرض بالطريقه التقليدية،مما يوضح أثر ثقافتها الاصلية والقائلة بالاصابة بالعين الحاسدة ومن ثم فى هذه الحالة لا بد من ان يعرض المريض على المعالج الشعبي الذى لا بد من ان يقوم بدوره في المعالجة (Sachs 1983) ٠

في المرتفعات اليمنية ينتشر مرض الخوف وهذا المرض تعزى اسبابه الى وقوع المريض تحت تأثيرات معينة حيث يبدأ الشكوى من الم معين وبالرغم من تشخيص الطبيب للمرض الا ان المريض يعود ويحاول الاستفادة من الطب المحلي لاعتقاده بأنه ربما يمكن شفاؤه على يد الممارسين الشعبيين وهذا يعود لتأثره بثقافة المجتمع ومعتقداته • لذا فأنه اذا ما وقع الانسان تحت تأثير الخوف واصبح مريضاً فأنه يعزو ذلك للخوف ولو كانت اسباب المرض بيولوجية• فعلى سبيل المثال راجعت امرأة المستشفى وتم تشخيص مرضها على انه التهاب فى المعدة ولكنها اصرت على ان سبب مرضها هو انها شاهدت رجلا يموت وهو يبلع القات ، ولذلك اصبحت مريضة • وبعد ان رجعت الى منزلها اصبحت تبحث عن علاج ديني في الحى الذى تسكنه ومن ثم تم عمل اربعة حجب لمعالجتها من مرضها (Swagman 1989: 381-384)•

وقد ازدادت المنافسة ما بين الخدمات الصحية التي تقدمها الجهات الرسمية والخدمات العلاجية التي تمارس في العديد من المجتمعات ففى المجتمع الريفى والبدوى فى محافظة الجيزة فى مصر لوحظ ان المسنين يحرصون على العلاج الشعبي ويلجأون اليه في كثير من الحالات المرضية التى تصيبهم (البرد،المغص، الكسور والبثور) ،وكذلك فى الحالات المزمنة التى لا يجدون لها علاج فى الخدمات الطبية الحديثة كالروماتزم وحصى الكلى• وفي الدراسة الميدانية التي اجراها المكاوي عام ١٩٨٨ تبين له ان النساء كن اكثر اهتماماً بصحتهن من الرجال حيث ابتعدن عن الخدمات الطبية الحديثة وفي نفس الوقت اذا فشلت المعالجة فإنهن يعدن ويلجأن الى الخدمات الطبية الشعبية (تلقي علاج شعبي) (المكاوى ١٩٨٨: ٤٣٨)•

يوضح Oppong (605 : 1989) بانه يجب استغلال جميع الامكانات المتاحة على المستوى الوطني والدولي بما في ذلك المعالجين التقليدين وخصوصاً القابلات حيث توجد فرصه لدمج الممارسين المحليين في النظام الصحي الرسمي وذلك لتحسين الخدمات الصحية وخاصة ان هؤلاء الممارسين المحليين يحظون باحترام وثقة افراد المجتمع • علاوة على ذلك فهم يتكلمون اللغة العامية التي يتداولها افراد المجتمع وكذلك يتمتعون بنفس الخلفية الحضارية لذا فهم الاقدر على التعامل مع افراد مجتمعهم والتعاطف معهم وحل مشكلاتهم •

ففي دراسة ميدانية في نيجيريا يبين Oppong (1989) بأن مجبراً محلياً (Traditional Bone-sitter) يستعمل الجبائر الخشبية والالياف العشبية لتثبيتها، استطاع من خلال عمله كمجبران يكتسب شهرة فاقت شهرة الاطباء في النظام الرسمي . بالاضافة الى عمله كمجبر كان يعالج العقم ولدغات العقارب ، وامراض المعدة . لقد كان هذا المجبر يستعين بالصور الشعاعية ويستخدم الضمادات لتثبيت الكسور . ونظراً لانتشار شهرته اصبح الاطباء في مستشفى جوز (Jos) يبعثون بعض المرضى له . كما وبعد فترة اصبح المرضى انفسهم يتركون المستشفى ويراجعونه لعمل جبائر لهم لمعالجة الكسور التي كانوا يعانون منها. وذات الحالة نجدها في مصر .

ويشير (Oppong) بانه عندما تزايد الاقبال على هذا المعالج المحلي (المجبر) قام بتجهيز غرفتين على شكل مستشفى وقام بتأثيثها حيث وضع فيها بعض الاسرة والفرشات وادوات للطبخ والغسيل واصبح يدع المريض يقيم فيها ويبقى يشرف عليه كل الوقت حيث ان هذا البناء الذي اصبح يشغله والذي اصبح فيما بعد يعرف بالمستشفى يبعد عن منزله حوالي ٥٠ متراً . وقام هذا المجبر بالاعتناء بالتصوير في المستشفى حيث أحضر كرسيين متحركين لاستعمال المرضى وارسل ابنه ليتدرب على التصوير بالاشعة .

ويضيف (Oppong) بان العديد من المرضى الذين دخلوا مستشفى Jos بسبب الاصابة بكسور خطيرة ولم يشفوا منها ، قاموا بمراجعة هذا المجبر الذي قام باعادة تجبيرهم واعطائهم بعض الادوية العشبية وما لبثوا ان شفوا من اصاباتهم واستطاعوا المشي دون الاستعانة بالعكاكيز (العصي) .

ان التعددية الطبية تفسح المجال امام افراد المجتمع للاستفادة من المعالجة في اكثر من نظام طبي (تقليدي او حديث) ، فاحياناً يتفوق الطب غير الرسمي على الرسمي، وتصبح للمعالجين المحليين شهرة مميزة تفوق شهرة العاملين بالنظام الرسمي ، ولاتقتصر هذه الشهرة على ابناء المجتمع المحلي ، ولكن يتأثر بها العاملون بالنظام الطبي الحديث حيث ان العاملين بالخدمة الصحية الرسمية قد يراجعون المعالجين المحليين عند اصابتهم بالمرض والعكس

صحيح ، إذ قد يراجع المعالجون المحليون غير الرسميين الاطباء في النظام الرسمي عندما يمرضون • لذا يجب ان لا يهمل النظام الطبي الرسمي الاستفادة من خدمات الطب غير الرسمي •

فالملاحظ في هذه الحالة ان الاطباء يعترفون بكفاءة الطب التقليدي وتفوقه على الطب الحديث في مجال تجبير العظام ، حيث نجد اطباء المستشفى يبعثون المرضى للمعالجيين المحليين وحتى العاملين بالوحدة الصحية يلجأون لهؤلاء الاطباء عند مرضهم،ففي هذه الحالات تمت الاستفادة من الخدمات الطبية المحلية لدرجة الاشتراك في عملية المعالجة •

فاللجوء الى الخدمة الصحية الرسمية او التقليدية يتأثر بالحالة الاقتصادية والاجتماعية ، كما وان السلوك والمعتقدات الحضارية تؤثر في عملية المرض والعناية الصحية وخيارات المعالجة ، وفي قرار البحث عن العلاج • فعلى واضعي برامج الرعاية الصحية الاخذ بالاسباب نحو اختيار احد البدائل دون الاخر عند طلب المعالجة •

تبين Davis(1981) في دراسة ميدانية اخرى لقرية زاويا في الجزء الشمالي الاوسط من المغرب بان طفلة اصيبت بحكة جلدية استمرت لعدة اسابيع مما دعى ذويها الى اللجوء لمعالجتها بالاعشاب ، الا ان الحكة استمرت ولم تشف المريضة ، مما استدعى اخذها الى الطبيب الذي استطاع ان يشخص مرضها على انه «الجرب» ، ووصف لها ثلاثة انواع من الادوية وطلب من والدتها ان تغسل كافة ثيابها والفراش الذي تنام عليه ، وهذه العملية لم تكن سهلة في منزل يسكنه ثمانية افراد ولا توجد لديهم غسالة ملابس او مياه في حنفية ، الا ان العائلة امتثلت لاوامر الطبيب وكانت النتيجة ان شفيت الطفلة تماماً • ولكن العدوى انتقلت الى شقيقي الطفلة البالغين من العمر عشر سنوات واثنتي عشرة سنة • وفي هذه المرة لم يتم عرضهم على الطبيب الذي عالج الطفلة اول مرة كما هو متوقع ، بل تم اخذها الى مزار ولي بجانب ينبوع مياه معدنية يشتهر بالعمل على شفاء الامراض الجلدية • على الرغم من استحمام الاطفال في المياه المعدنية الا ان الحكة بقيت مستمرة • ولكن الذي دعى العائلة الى اللجوء الى

هذا العلاج هو عدم مقدرة العائلة على دفع ثمن العلاج والصعوبة في الحصول على المياه ومشقة القيام بالغسيل ٠

يؤكد (Gish (1990 و منظمة الصحة العالمية (١٩٧٨) بانه لابد من ان تكون التكلفة التي يدفعها الفرد لاي تدخل صحي قليلة نسبياً وذلك حتى يتمكن الفرد من تحملها، وبالتالي يقبل على الاستفادة من خدمات النظام الصحي الرسمي في منطقته ٠ ففي بعض المجتمعات تقف هذه التكلفة والتي لا تتناسب مع الموارد عائقاً امام الاقبال على الخدمة الصحية المتوفرة في مجتمعاتهم ويبحثون عن بدائل في النظام الطبي غير الرسمي ومثال ذلك الحالة السابقة الذكر ٠

وهكذا فالخطط والبرامج المتعلقة بالرعاية الصحية الاولية لاي مجتمع يجب ان لا تهمل حضارته ويجب ان تتناسب التكنولوجيا المستخدمة مع افكار افراده لتحسين وضعهم الصحي ٠ لذا لابد من ان تؤخذ معتقدات وعادات المجتمع بعين الاعتبار حتى يستطيع افراده المشاركة بها والاستفادة منها ٠ في دراسة ميدانية للريف الهندي يوضح (Paul 1984) بان الناس في بعض الحالات يسعون الى منع التوتر الحضاري وذلك من خلال مقاومة التحسينات الصحية والبيئية ٠ ففي الريف الهندي يبين (Paul 1984 : 235) ان التلوث البرازي للطعام والماء ينجم عن طريق الاتصال المباشر او عن طريق الحشرات والقوارض ٠ وسبب هذه المشكلة هو التغوط في الاماكن المفتوحة ويمكن حلها من خلال توفير المراحيض إذ قام مهندسو الصحة العامة في الهند واخرون بتصميم انماط خاصة من المراحيض تتناسب مع وضع القرفصاء الخاص بالسكان المحليين ، ومع الظروف المختلفة للتربة والمناخ وامدادات المياه ٠ وتم انشاء العديد منها ولكن اظهرت دراسات المتابعة لهذا المشروع ان عدداً قليلا جداً منها تم استخدامه ، وتجنبت النساء استعمالاتها بشكل خاص٠

فالنساء يذهبن الى الحقول وعلى شكل مجموعات في كل صباح او مساء ليس لقضاء حاجاتهن فحسب بل للتخلص من الاعمال الروتينة المنزلية ، وتبادل الحديث حول الازواج والحموات والاستحمام بمياه البرك ٠ فيوضح Paul بان العادات المترابطة والمتمثلة في الذهاب ال الحقول لغايات التجمع والتغوط والاستحمام تلبي الحاجات المتزايدة الى الحياة الاجتماعية والراحة من العمل

اليومي • من وجهة نظر النساء ترتبط عادة التغوط بعادات محببة ولكن من وجهة نظر الصحة العامة ترتبط هذه العادة على نحو ضار بالتلوث البيئي ، وامراض الجهاز الهظمي • وحل هذه المشكلة يتم من خلال حث النساء على استخدام المراحيض ، وهو امر يحجمن عنه ، لانه يضطرهن للتخلي عن عادات محببة لديهن وبمعنى اخر ان حضارتهن لم تقدم لهن اساساً جيداً لاستعياب العلاقة ما بين البراز وامراض الجهاز الهظمي •

يشير paul (234 : 1984) الى ان هناك تفسيراً خاطئاً للحضارة ، اي ان فهم الفروقات الحضارية يتم بالنظر الى العادات والتقاليد والمعتقدات على انها عناصر معزولة عن المجتمع • وقد تكون الروابط بين مكونات الحضارة قوية او ضعيفة وقد لا يكون الترابط بينها واضحاً لاول وهلة ولكن الناس يتمسكون بممارسات او معتقدات معينة ليس لكونها مألوفة وتقليدية ، بل لارتباطها ببعض العناصر الحضارية الاخرى • واذا ما طرأ تغير على احد جوانب الحضارة ينجم عنه تغيرات متوقعة في مجالات اخرى وابتعاده عن بعض العادات •

ويحاول Heggenhougen (1984) من خلال الحالة التالية أن يبين كيف نجحت برامج الرعاية الصحية في مجتمعات هنود كاكشيجل Cakchiguel وتم احداث تحسينات في حياتهم، الا انها في النهاية اصطدمت بعوائق سياسية ادت الى افشالها• يذهب Heggenhougen الى ان احدى الوكالات الخاصة التطوعية قامت بانتقاء عدد من العاملين الصحيين من الارياف في جواتيمالا وقامت بتدريبهم لاستخدامهم في العمل في مجتمعاتهم • وتضمن هذا المشروع التطوير الزراعي والجمعيات التعاونية وتطوير المياه ورعاية الامومة والطفولة • وكانت فلسفة هذا المشروع تتلخص في ان تقديم الخدمة للاخرين ينبغي ان يكون وفقاً لشروطهم وعلى مستوى تفكيرهم وبلغتهم الخاصة ولمصلحتهم ،اي بمعنى ان الخدمات يجب ان تقدم على اساس المرضى واحتياجات المجتمع ، وليس على اساس هيئة سلطوية تبيع الدواء كسلعة باسعارها الخاصة •

فيوضح Heggenhougen بان الهنود انفسهم اشرفوا على هذا البرنامج وتم اختيار بعض الفلاحين الهنود لغايات التدريب ومن ثم عادوا الى مجتمعاتهم

(قراهم) كعمال صحيين بعمل جزئي . فمال سكان القرى الى الثقة بهم والاعتماد عليهم ، كما برزت اهميتهم كونهم مزارعين (فلاحين) يعتمدون في معيشتهم على الزراعة قبل ان يصبحوا ممارسين للرعاية الصحية مما جعلهم افراداً مكملين لمجتمعاتهم . فعندما كان الفرديتلقى العلاج من العاملين الصحيين كان يفهم العلاج لان الذين قدّم له هم افراد مجتمعه وبلغته الخاصة وباسلوب مألوف . وبذلك يكون العاملون الصحيون قد قاموا بممارسة شكل بسيط من الطب الغربي ولكن في اطار البيئة الاجتماعية والحضارية للمرض .

لقد تم تشجيع المشاركة في الزراعة وامتلاك الاراضي وتوفير المياه وتعزيز الصحة العامة ، فاصبح الهنود اكثر وعياً فيما يتعلق بوضعهم ، وطور عندهم نوعاً من الاعتماد على النفس . واصبحوا يقومون بنشاطات معينة لتحسن الوضع الداخلي في مجتمعاتهم . حيث بدأ في احدى القرى مشروع جمعية تعاونية ومشروع تطوير زراعي .و بدأت في قرى اخرى مشاريع دواجن وحفر ابار ومد انابيب للري ،واشتركت بعض القرى في قطعة ارض وتم زراعتها بشكل مشترك كل هذه الجهود ادت الى تطوير تحسن بسيط في حياة الناس .

ويوضح Heggenhougen بأن بعض الاحزاب داخل جواتيمالا في نهاية اعوام السبعينات وبداية الثمانينات من هذا القرن اصبحت تشعر بالتهديد (الخطر) نتيجة لنشاطات الهنود التي ادت الى تحسين احوالهم المعيشية مما ادى الى زيادة اعمال العنف والقتل. ودعي سكان القرى الذين يحاولون احداث تحسينات (تغيرات) باسم غير الوطنيين والخونة والشيوعين من قبل المستفدين من بقاء الهنود على وضعهم . ولم يكن معظم المزارعين واعين لمثل هذه الحركات السياسية الا انهم كانوا يقومون باجراء تحسينات بسيطة في حياتهم فقامت مجموعة عسكرية من المدن بغزو الريف ودمرت المنازل وتزايدت اعمال القتل والتعذيب وتم ابعاد نسبة كبيرة من العاملين الصحيين ، وتعرض بعضهم الاخر للقتل وكل هذه العمليات كانت نتيجة للتغيرات التي حدثت في قرى الهنود الذين كانوا يحاولون ان يصبحوا اكثر استقلالية واعتماداً على النفس ، فتحولت الرعاية الصحية من ظاهرة اجتماعية الى حركة سياسية ادت الى العنف السياسي ضد الهنود ، ذلك لان نجاح الرعاية الصحية اصطدم بمصالح فئة قليلة على حساب الكثرة التي حرمت من التحسينات البسيطة في حياتها .

وفي دراسة ميدانية من الريف الهندي تبين ان القابلات والعاملات المحليات استطعن ان يلعبن دوراً مهماً في المجتمع من خلال التثقيف الصحي الذي ادى الى نشر الوعي الصحي بين النساء ومساعدتهن في حل مشاكلاتهن واشراكهن في القرار الصحي ، والتأثير على سلوك الناس والتوقف عن الممارسات الطبية الخاطئة ٠

استطاعت الرعاية الصحية في الريف الهندي احداث تغيرات مهمة في المجتمعات الريفية من خلال ثلاثة مشاريع قامت احدى الوكالات الخاصة بالاشراف عليها ٠ هذه المشاريع هدفت الى الوقاية من الامراض وتحسين صحة النساء والاطفال من خلال التركيز على ثلاثة ابعاد : المعرفة والممارسات الصحية، اتخاذ القرارات المتعلقة بالصحة اوالسلوك تجاه النساء والطائفة وعمال صحة المجتمع (Mukhopadhag 1987 : 134 - 135) ٠

لقد كانت النخبة في مجتمع الهند السلطوي تحتكر الخدمات الصحية وكان مقدموا هذه الخدمات من الطبقة العليا فكانوا يتحيزون لجماعاتهم لدرجة ان الطبقات الدنيا كانت تجد صعوبة كبيرة في الوصول الى الخدمات الصحية ، وكانت لديهم معلومات بسيطة عن اسباب الامراض وسوء الصحة ٠ لكن عندما قامت ادارة المشاريع بتعين عمال صحة من الطبقة الدنيا في برامجها استطاعت الطبقات الدنيا الاستفادة من الخدمات الصحية وكانت الخدمات المقدمة لهم ذات فائدة كبيرة ، حيث ان ٨٠ % من زبائن العاملين الصحيين كانت تقدم لهم الخدمات الصحية خلال عشرين دقيقة اذا ما قورنت مع خمسة ساعات انتظار عند الطبيب ٠ وكان تسعة من كل عشرة يصرحون بأنهم حصلوا على تحسن في صحتهم بعد استدعاء العاملين الصحيين ، حيث تم التركيز على القابلات اللواتي استطعن التأثير على انماط الممارسات الصحية والمعرفة العلمية والوقاية من الامراض وتحسين صحة المجتمع (Mukhopadhag 1987 : 135) ٠

بعد التدريب بدأت النساءالعاملات (القابلات) يتفاعلن مع نساء المجتمع المحلي فاصبحت هناك اراء وقرارات حول المشاكلات الصحية واصبحت تحول هذه المشاكلات لعيادة الامومة والطفولة غير الرسمية التي تعمل فيها القابلات

وعاملات الصحة ٠ فاصبح للنساء صوت مسموع في شوؤن القرية الهندية ٠ واصبحت عيادات الامومة هذه تلعب دوراً كبيراً في شؤون المجتمع ،من حيث تقديم الخدمات الصحية واعداد برامج التغذية للاطفال تحت سن الخامسة واتخاذ القرارات حول معالجة الاسهالات ٠ بالاضافة الى ذلك استطاعت القابلة والممرضة استقطاب النساء لتداول الاراء معهن حول اسعار الغذاء واستغلال الاغنياء للفقراء وطرق مقاومة ذلك ٠ وطورت القابلاتة والممرضاتة مهارتهن لنشر الوعي حول العادات الصحية ، واصبح هناك تثقيف صحي فعال في التأثير على المجتمع (Mukhopadhag 1987 : 134 - 135) ٠ فقد استطاعت احدى نساء قرية ثيرجون (Thergaon) الحصول على حل لمشكلتها ٠ لقد كانت هذه المرأه تعاني من مرض السل وهي حامل للمرة السادسة وكانت تحاول انهاء عملية الحمل لذلك كانت بحاجة لاجراء عملية الا ان زوجها قد رفض ان يسمح لها الذهاب الى المستشفى ٠ بالاضافة الى ذلك كانت المرأة تعمل بالاجرة في الحقول وتقوم بالاعمال اليدوية لتساعد في دخل اسرتها المتدني ٠ وقد ذهبت هذه المرأة لعيادة الامومة وشرحت مشكلتها ، فقامت اثنتين من العاملات في العيادة بمحاولة اقناع زوجها واقربائه ، وتم اقناعهم بضرورة اجراء العملية ، وذهبت المرأة للمستشفى برفقة امرأتين من العاملات بعيادة الامومة والطفولة (Mukhopadhag 1987 : 137) ٠

و فيما يخص البعد الثالث (السلوك اتجاه النساء والطائفة وعمال صحة المجتمع) وقد استطاع التثقيف الصحي والتدريب من اكساب بعض النساء خبرة ومعرفة في امور الصحة، إذ لم تكن لديهن معلومات عن التوليد لا قبل ولا بعد الولادة وكان دورهن يقتصر على مساعدة النساء اثناء عملية الولادة بعد خروج راس المولود ٠ وحتى ابسط امور النظافة الشخصية لم تكن تعتني بها هذه القابلات مثل غسل اليدين قبل الشروع في عملية المساعدة للولادة ٠ وكانت تمارس اساليب ضارة مثل شد المهبل او عمل مساج له وسحب المشيمة وقطع الحبل السري بواسطة ادوات غير معقمة (الزجاج،سكين المطبخ،او حجر حاد) ٠

لكن التثقيف الصحي استطاع ان يغير الوضع بعد ان تم تدريب الدايات٠ ولقد بين المسح الصحي للمعلومات وممارسات الدايات بعد ثلاث سنوات من بداية تدريبهن ان ٣٧ داية كانت تزور هذه الامهات من عيادة الامومة والطفولة وتحويل

الحالات الصعبة الى الممرضة الزائرة او الى المستشفى في باكود(Pachod)
واصبحت الداية تبقى مع الولآدة طول فترة الولادة وكانت تزورها على الاقل
ثلاث مرات في اول عشرة ايام من الولادة ٠كما واصبحت تغسل يديها بالماء
والصابون قبل الشروع بعملية المساعدة ، وتوقفت عن الممارسات الخاطئة التي
كانت تقوم بها ، واصبحت تجلب الادوات اللازمة لعملية الولادة من ادارة
المشاريع٠ وعند نفاذ هذه الادوات كانت الدايات تطلب من ذوي الولادة احظار
شفرة وسرينج ، وكانت تقوم بتعقيمها بواسطة الغلي قبل الاستعمال ٠
باختصاراصبحت الدايات عاملات صحة مساعدات مؤهلات لديهن خبرة بتزويد
الامهات بخدمات الامومة والطفولة في الريف الهندي واصبحت لها اهمية ودور
بارز في نشر الوعي الصحي للتخلص من الممارسات الطبية الخاطئة
(Mukhopadhag 1987:139-140) ٠

وفي حالة دراسية مشابهة من عُمان يوضح Doorenbos (1986:109-115) بأنه
كانت هنالك ممارسات شعبية خطيرة تمارسها الدايات وقد سببت هذه الممارسات
تعقيدات للامهات ادت في بعض الحالات للعقم والتهتكات في الرحم٠ وعندما
تفهم مقدموا الخدمات الصحية الثقافة المحلية للمجتمع استطاعوا اقناع بعض
الدايات البلديات بالكف عن الممرسات الطبية الخاطئة والتي ليس لها مبرر
والابقاء على ما هو مفيد ولا يسبب اضراراً للامهات والاطفال، ومحاولة تعليمهن
بان مهنة القبالة اذا مورست عن وعي ودراية فأنها سوف تصل بالامهات والاطفال
الى بر الامان ٠

ان المعتقدات والعادات المختلفة تلعب دوراً كبيراً اثناء فترة الحمل
والولادة ٠ ففي بعض المجتمعات تؤدي هذه المعتقدات الى سلوك وممارسات
خاطئة قد تلحق الضرر بالام والطفل معاً وتكبد الاسرة اعباءاً مالية اضافية هي
بغنى عنها ٠ ففي دراسة ميدانية لقرية تجراي في شمال اثيوبيا يبين بارناباس
(١٩٨٢ : ٣٠٢ ـ ٣٠٣) بان المعتقدات والعادات اثرت على سلوك الناس لدرجة
انهم اصبحوا يمارسون ممارسات خطره اثناء فترة الحمل واثناء عملية الولادة ٠
فيشير الى ان امراة في السادسة عشرة من عمرها تزوجت وحملت ولم تبح
بحملها لاحد ، ذلك لان كتمان الحمل كان من العادات المتبعة في هذه القرية ٠
ولكنها كانت تتلقى بعض النصائح من احدى الدايات التقليديات في القرية ٠ فقد

كانت هذه الداية تعطيها بعض الاصداف البحرية لتبعد خطر المارة الذين يحملون مثل هذه الاصداف البحرية عنها ، اعتقاداً منها ان الاصداف البحرية الموجودة مع الغير تعرض الحامل للخطر ٠ كما واشارت عليها بأخذ كمية من دقيق القمح الى قس الابرشية ليقوم بالقراءة عليها ليباركها وتحفظ في داخل المنزل ويعمل منها شراب يدعى (التسبل) يستخدم في حالات الطوارئ ٠ كما وكانت تطلب الداية من المراة الحامل القيام بالاعمال البدنية وذلك لتسهيل عملية الولادة ، اضافة الى ذلك كانت الداية تعرض الحامل لبخور اعشاب محلية وذلك لتسهيل عملية الولادة وتصريف الدم واسترخاء الجسم ٠

ويوضح بارناباس بان كانت هنالك بعض الاعتقادات حول ضرورة تناول بعض الاطعمة اثناء فترة الحمل فكان يعتقد ان نخاع العظم يعتبر غذأء هاماً اثناء فترة الحمل، والحليب كذلك، وكان يعتقد انه اذا ما دهن الجسم بالزبدة فانها ستنفذ الى الرحم والجنين وتجعل الولادة سهلة ٠ ويضيف بارناباس ان الداية كانت اثناء عملية الولادة تقوم باعطاء التسبل للولادة لتذوقه وكانت تسكب قليل منه على بطنها وتبدأ تقول « بسم الله اللهم ادعوك ان تجعل هذا التسبل دواء الابرياء » ومن ثم تحاول تحسس المولود بادخال يدها في ٠٠٠٠٠٠٠ الولادة ٠ وعند ولادته تزغرد المساعدات ثلاث مرات للبنت وسبع مرات للذكر ٠

وبعد الولادة كانت الداية تنتظر قليلا قبل قطع الحبل السري وذلك من وجهة نظرها كما يوضحه بارناباس لكي يكتمل انتقال الدم من الام الى الطفل ثم يقطع ويعقد وتؤخذ قطعة صغيرة منه وتوضع في مكان ما لتجف ومن ثم توضع في قصاصة من القماش وتربط بشعرة من ذيل حمار ويلبسها الطفل كسوار ، اعتقاداً بان هذا السوار سيسعف الطفل عند اصابته بالسعال ٠ ويضيف بارناباس بان سكان تجراي كانوا يقومون بإخفاء المشيمة وما تبقى من الحبل السري وقطع القماش واداة قطع الحبل السري في مكان بعيد عن متناول الحيوانات البرية والكلاب الاليفة ، اعتقاداً منهم بانه اذا ما اكلتها هذه الحيوانات فان الام والطفل سيصابان بالمرض ٠

في رأي Gruenbaum (1981 : 47) أن الانثروبولوجيا الطبية لاتعتبر الصحة مشكلة ادارية وتكنولوجية وانما المعتقدات والممارسات الحضارية تلعب دوراً مهماً

في انتشار الامراض وكفاية التغذية والانجاب والجوانب النفسية للاعتلال ٠ ويوضح (Foster 1982 : 194) بان الابحاث التي اجرتها منظمة الصحة العالمية ساعدت على فهم العلاقة ما بين السلوك والمعتقد ، وتبين ان السلوك كثيراً ما يكون وظيفة للمعتقد ، لذلك فالتغير في السلوك لابد وان يسبقه تغير في المعتقد ٠ من هذا المنطلق ينبغي على العاملين الصحيين تحسين صحة الناس من خلال التثقيف الصحي وتغير المعتقدات التقليدية حول الصحة والمرض ٠ وهذا يعتمد على محاولة اقناع الناس بان هناك فائدة من تغيير سلوكهم ، واذا ما ادركوا هذه الفائدة فانهم سوف يتبنون انماطاً جديدة من السلوك ٠

٢ ـ ٥ ـ ٢ ـ فروض الدراسة

جاءت الدراسة الراهنة لتختبر مجموعة من الفروض التي تتصل بواقع الخدمات الصحية في قرية سال ٠ فافترضت الدراسة وجود علاقة ايجابية بين الخدمات الصحية التي يقدمها المركز الصحي وبين اقبال افراد المجتمع على الاستفادة منها وإلا فان عدم وجود علاقة ايجابية يعني فشل المؤسسة الصحية في اداء الدور المتوخى منها وبالتالي عدم استفادة المواطنين من خدماتها التي تعتبر حقاً للجميع دون تميز٠ كما افترضت الدراسة وجود معتقدات وممارسات طبية شعبية داخل المجتمع وان هناك دوراً للمؤسسة الصحية إزائها ٠ فهذه المعتقدات والممارسات الطبية قد تقف عائقاً امام تقديم خدمات الرعاية الصحية الاولية ، لذا بات من الضروري ان تقوم المؤسسة الصحية بتغير افكار الناس حول هذه المعتقدات والممارسات الطبية الخاطئة من خلال التثقيف الصحي ليكفوا عنها ويقبلوا على الاستفادة من الخدمات الصحية الرسمية (الرعاية الصحية الاولية) ٠

اما بالنسبة لمشاركة افراد المجتمع المحلي في تخطيط وتنفيذ برامج الرعاية الصحية الاولية فقد افترضت الدراسة انهم يشاركون فيها ٠ على هذا الاساس فلا بد من وجود علاقة ايجابية بين المشاركة الشعبية في البرامج الصحية واداء المؤسسة الصحية لمهمتها بشكل افضل ٠ اي ان التفاعل الاجتماعي ما بين المجتمع المحلي والمركز الصحي يفسح المجال امام المواطنين للتعرف

على مشكلاتهم الصحية ووضع الحلول المناسبة لها ، وهذا العمل سيؤدي الى نجاح المؤسسة الصحية في تطبيق برامج الرعاية الصحية الاولية ٠

وفيما يتعلق بتحويل المرضى من المركز الصحي الى المؤسسات الصحية في المستويات الاخرى (الثاني والثالث) الاكثر تخصصاً افترضت الدراسة ان المركز يقوم بتحويلهم وانهم ملتزمون بهذا التحويل ٠ فالتحويل يعتبر استمرارية في تلقي المرضى للعلاج ، فيوفر عليهم الجهد ويتفادى الازدواجية في المعالجة ويسهل عملية متابعة الحالة المرضية للمريض بعد عودته الى مجتمعه ومراجعته للمركز ٠

ولما تطلب تحقيق الرعاية الصحية الاولية ضرورة وجود بعض الخدمات التي تقدمها قطاعات اخرى الى جانب القطاع الصحي افترضت الدراسة وجود مؤسسات (التعليم ، الماء ، الكهرباء ، المواصلات ، الزراعة ، والبلدية) لتقدم هذه الخدمات لافراد المجتمع بحيث تساهم في منع الامراض والمحافظة على صحة المواطنين وتعزيزها ٠ فجاءت الدراسة لتتعرف على ما تقدمه هذه القطاعات والدور الذي تؤديه تجاه صحة افراد المجتمع ٠

وبم أن العملية التنموية في الأردن جاءت تكاملية في تخطيطها فقد أفترضت الدراسة علاقة ايجابية بين التنمية الاجتماعية والادارية والتنمية الصحية في القرية بحيث أن مدى التنمية الصحية اصبح يعتمد على مدى تطوّر الادارة المحلية من ناحية والتطور في البناء الاجتماعي من ناحية أخرى٠

٢ ـ ٦ ـ الدراسات الميدانيه حول الاردن

تكاد تكون الدراسات التى تناولت التفاعلالاجتماعي ما بين المركز الصحي والمجتمع المحلي في الاردن مهملة ، علما بأن الخدمات الصحيه في الاردن معقده الى حد ما ،حيث تشرف عليهاأكثر من جهه٠ تقوم وزارة الصحه بتقديم الخدمات الطبيه الوقائيه والعلاجيه من خلال المستويات الثلاثه للرعايه الصحيه، وتقوم الخدمات الطبيه العسكرية بتقديم الخدمات الصحيه الاوليه والثالثه ، فتقدم مدينة الحسين الطبيه الخدمات الصحيه الثالثه لجميع منتسبي القوات المسلحه وعائلاتهم٠ وتقدم الرعايه الصحيه الاوليه في بعض المراكز التابعه للقوات المسلحه لبعض الجنود ٠اما وكالة الغوث الدوليه فتقدم الرعايه الصحيه الاوليه للاجئين الفلسطينيين في بعض المخيمات٠ ويقدم مستشفى الجامعه الخدمات الصحيه الثانيه لاعضاء هيئة التدريس وعائلاتهم بالاضافه الى معالجة المحولين من وزارة الصحه ٠ أما القطاع الخاص فيقدم العلاج من خلال العديد من العيادات والاطباء والمستشفيات الخاصه (Ajlouni 1985 :10 - 11)٠

هنالك بعض الدراسات التى تناولت المراكز الصحيه وما تقدمه من خدمات صحية على مستوى المملكة والتي حاولت الدراسة التعرف على مدى التغطية للخدمات الصحية الاولية للسكان في المناطق المختلفة من المملكة ٠

ففي أحدى هذه الدراسات والتى كانت عبارة عن مسح صحي لكل الاردن والتى أجراها (قبعين وأخرون ١٩٨٨) وشملت تغطية خدمات الرعاية الصحية الاولية في الاردن تبين بأن هنالك ٢١ % من السكان لم يتقبلوا هذه الخدمات٠ وقد عزت الدراسه الاسباب الى طول مدة الانتظار وعدم الثقة بخدمات المراكز وعدم الاقتناع بنوعية العلاج وأن ٢٢٫٦ % من السكان لم يستفيدوا منها وذلك لحصولهم على تأمين صحي في القطاع الخاص والخدمات الطبية العسكرية كما بينت الدراسه بأن مستوى الطب العلاجي للامراض الشائعة والتثقيف الصحي جيد في بعض المناطق من المملكة وكذلك تبين هذه الدراسة ان هنالك نقصاً في الكوادر التمريضية مما جعل هنالك فرصة أمام عامل التمريض ليمارس مهنة

التمريض ، وفي بعض الحالات وفي المراكز التي لا يتواجد فيها طبيب يكون هذا العامل هو من يقدم العلاج هذا بالاضافة الى النقص في الدواء والمعدات الطبية. وفي مجال الامومة والطفولة لم تستطع مراكز الامومة والطفولة من أجتذاب جميع الامهات وأنما كانت نسبة الامهات التى تراجع مراكز الامومة والطفولة حوالي ٦٠%

ومن حيث النواحي السلوكية فقد اوضحت هذه الدراسة بأن العاملين يسيئون معاملة المراجعين ، وهذا النوع من السلوكات كما جاء في الدراسة السابقة عن محافظة الجيزه من مصر يقف عائقا أمام قبول خدمات الرعاية الصحية الاولية . واذا ما اخذنا الوعي الصحي بعين الاعتبار نجد بأن هنالك سلوكاً غير صحي داخل المنازل ، كما ان هنالك عادات غير صحية حيث لم تزل الحيوانات تربى داخل المنازل ، وهذا يعتبر تهديداً صحياً خطيراً للمواطنين القاطنين ، حيث هنالك العديد من الامراض التي تنتقل عن طريق الحيوانات مثل البروسيلا والسل والجرب وغيرها في هذه المنازل.

وبهذا الاستعراض السريع لنتائج هذه الدراسة نلاحظ بأن هنالك خللا في مركز صحي غير مكتمل البناء . وهذا يتمثل في نقص الكوادر الفنية التي يشكل وجودها شرطاً اساسياً لكي يقوم العاملون في هذا البناء بأدوارهم ، حيث هم انفسهم المعنيون بها . وهذا يتمثل في كادر التمريض الذي كان يلعب فيه دورا مهماً ، حيث كان عامل التمريض يقوم بأعمال الممرض القانوني وأحيانا بأعمال الطبيب المعالج.

اوجد الخلل في البناء والوظائف جواً من عدم الثقة بالمركز الصحي الذى يقدم الخدمات للمراجعين. وفي هذه الحالة نلاحظ بأن نسبه كبيرة من الامهات لا يراجعن مراكز الامومة والطفولة وهنا يخطر السؤال اين تذهب هذه الامهات؟ وما هو نوع الممارسات الطبية التي يلجأن اليها ؟ وما هي الاسباب الاخرى التي دعت الى هذا الاحجام؟ حيث أن الدراسة أوضحت أن الغالبية العظمى من النساء لا يعرفن أسم الطبيب المعالج في المركز الصحي. فماذايعني ذلك؟

وفي دراسة اخرى اجراها الطبيشات (١٩٩١ : ٥٣ ـ ٧٥) تبين ان

الرعاية الصحية الاولية قد فشلت نتيجة للخلل في اداء الوظائف والادوار في المركز الصحي،فقد كان هناك تطبيق خاطيء للبرامج الصحية واهمال للجانب الوقائي كما اهمل العاملون بالمركز ثقافة المجتمع المحلي ولم يقم التثقيف الصحي بالدور المطلوب ، وتم ابعاد المجتمع المحلي عن المشاركة في تخطيط وتنفيذ البرامج الصحية ، كما تجاهل النظام الطبي الرسمي الطب الشعبي ولم يستفد منه في تقديم الخدمات الصحية لافراد المجتمع المحلي ٠

يبين الطبيشات (١٩٩١) ان الخدمات الصحية في قرية شاهده في شمال الاردن تركزت على الجانب العلاجي، حيث ان العاملين في المركز الصحي كانوا طوال الوقت يقومون بمعالجة المرضى٠ ولم يلاحظ او يسمع طيلة فترة بحثه البالغة ستة شهور بان احد من العاملين بالمركز قد قام باعطاء محاضرات في التثقيف ازاء الامور الصحية مع العلم ان التقرير الشهري لاعمال المركز قد احتوى على إعطاء ثلاثة محاضرات في التثقيف الصحي من قبل العاملين بالمركز في كل شهر بالاضافة الى ذلك كان يتم اسقاط بعض الحالات المرضيه ولا يتم ذكرها في التقرير الشهري ،وكان هذا يتم بناء على طلب مدير المركز والمراقب الصحي ٠ كما ولاحظ الباحث بان لجنة صحة المجتمع قد اجتمعت مرة واحدة طيلة فترة بحثه وفي هذه المرة لم تتم مناقشة امور جوهرية،وحتى القرارات التي تم اتخاذها لم تتابع ولم تنفذ ٠

ويوضح الطبيشات بان العاملين في المركز الصحي كانوا يقيمون علاقات انتقائية وخاصة مع اقاربهم فكانت معاملتهم مع الناس غير ودية ٠ كما وكانوا يغادرون المركز قبل انتهاء ساعات الدوام الرسمي ، ولم يكن لديهم الاستقرار النفسي وكانوا يحاولون دائماً الانتقال من المركز الى مراكز اخرى في مدينة اربد او بالقرب منها ٠ كما ولوحظ بان نسبة كبيرة من المراجعين لم يكونوا مرضى وانما كانوا يراجونه للحصول على الادوية ٠

فالعلاقة ما بين العاملين بالمركز وافراد المجتمع المحلي كانت مليئة بالتوتر لدرجة انهم كانوا يطلقون على المراقب الصحي « الغريب » وترتب على هذه العلاقة عدم الاستجابة لما يطلب من افراد المجتمع المحلي ، حيث انه عندما

كان يطلب منهم المراقب الصحي تنفيذ امر ما كانوا ينفذونه في حالة وجوده خوفاً من ان يحرر مخالفة ضدهم ولكن في حالة غياب المراقب الصحي كانت الامور تبقى كما هي • واصبح السكان غير راضين عن العاملين في المركز ويحاولون إيذاءهم عندما تسنح الفرصة • ففي احدى المرات حرر المراقب الصحي مخالفة ضد احد ابناء القرية وقام باعطائها لزوجته لكونه غير موجود في البيت،وعندما عاد الرجل ووجد المخالفة ، غضب من ذلك وذهب الى المركز وبدأ بالصراخ على المراقب الصحي وقدم شكوى ضده الى مدير المركز •

فالعاملون الصحيون كانوا يصطدمون بالعراقيل اثناء تقديمهم للخدمات الصحية ، وبالرغم من وجود قابلة قانونية في المركز الا ان النساء كن يراجعن الدايات التقليديات لكونهن كبيرات في السن ، ذلك لايمانهن بان من تقوم بالتوليد ينبغي ان تكون كبيرة في السن واحياناً كن يحاولن مراجعة اخصائي توليد • وكذلك غياب التثقيف الصحي جعل من الطب التقليدي منافساً شديداً للخدمات الصحية في المركز لدرجة ان العاملين في المركز انفسهم كانوا يبحثون عن علاج لاقاربهم المرضى عند الممارسين للطب التقليدي ، وخاصة المعالجة بالحجب وتجبير العظام فكل هذه العوامل ادت الى فشل برامج الرعاية الصحية في القرية •

هنا نجد بأن الرعايه الصحيه تبقى نمطاً مثالياً لا يتطابق مع الواقع الذى توجد فيه وخاصة عندما يكمن الخلل في المركز الصحي نفسه• فلو اخذنا سلوك العاملون بهذا المركز الصحي والمعامله السيئه لوجدنا سببا في نفور المراجعين منه والاحجام عن مراجعته• من الناحية النظرية فإن الرعاية الصحية الاولية في الاردن لاتعني ان يقوم المركز الصحي بتقديم الخدمات العلاجية ولكن تعني ان يقوم العاملين بالمركز بزيارة الناس في اماكن اقامتهم وتجمعهم وتثقيفهم ازاء الامور الصحية ومساعدتهم ، لانهم قد لا يراجعون المركز لسبب او لاخر ويكونون عرضة للاصابة بالامراض • وقد تكون بيئتهم عرضه للمشاكل الصحية قبل حدوثها وتحديدها وايجاد الحلول المناسبة لها وتقديم العلاج عند حدوثها لمنع مضاعفاتها(كوري،واخرون ١٩٨٧: ٢١)•

٣ ـ منهجية البحث

٣ ـ ٠ ـ تمهيد

نتعرض في هذا الفصل للاجراءات المنهجية التي اتبعها الباحث في جمع البيانات المتعلقة بمادة البحث ٠ فيتناول هذا الفصل نوع البحث وكيفية دخول الباحث الى مجتمع الدراسة واختياره للاخباريين واستخدام مناهج البحث الانثروبولوجي : الملاحظة بالمشاركة ، المقابلات الشخصية ، اختيار عينة الدراسة ، و تصميم الاستبيان وتوزيعه على افراد العينة ، واستخدام السجلات والوثائق الرسمية ، والصعوبات التي واجهت الباحث ٠ ومن ثم يتناول كيفية تحليل البيانات التي جمعها الباحث من الميدان واستخلاص نتائج الدراسة ٠

٣ ـ ١ ـ نوع البحث

البحث الجاري بحث استكشافي وصفي يهدف الى التعرف على نوع العلاقة بين المكونات البشرية للثقافة المحلية في القرية ، ومؤسسة الرعاية الصحية المتمثلة بالمركز الصحي كمؤسسة طارئة عليه، وكيف تكونت هذه العلاقة والى اين وصلت في تحقيق اهدافها٠ هذا الهدف يملي بطريقة او باخرى التعرف على المشكلات الاجتماعية والثقافية التي ساهمت في تعزيز او وقفت ولاتزال تقف حجر عثرة في طريق تحقيق الاهداف المرجوة٠

يتميز البحث الاستكشافي بانه يتيح المجال للباحث بشق الطريق في الميدان من خلال عدم تقيده ببناء بحثي مسبق التصميم٠ويرى احمد (١١٧ـ١١٦:١٩٨٧) انه في كثير من الحالات يجد الباحث نفسه امام ظواهر لاتتوفر عنها معلومات علمية ،فيستخدم الدراسة الاستكشافية للتعرف على ابعاد وجوانب هذه الظواهر ٠في مثل هذه الحالة تكون صياغته لمشكلة البحث صياغة

عامة وغير محددة. فالدراسة الاستكشافية تساعد في تحديد الابعاد والجوانب الى سيصفها الباحث فيما بعد من خلال الدراسة الوصفية. ومن خلال المادة المجموعة في البحث الاستكشافي وتلاؤمها او عدم تلاؤمها مع الدراسة الميدانية يصوغ الباحث مجموعة من الفرضيات يتوجب عليه اختبارها من خلال الوصف الدقيق الذى يتوصل اليه في الميدان .ففي البحث الاسشتكشافي تكون الاسئلة توالدية اى الاجابات على الاسئلة تفتح المجال امام الباحث ليصوغ اسئلة جديدة توصله الى معلومات اكثر عمقاً. لكن البحث الاستكشافي يميز ذاته بغياب الفرضيات المسبقة الصياغة.

ومن جانبهما ترى ابراهيم والشنواني (١٩٨٨ : ٩٤-٩٥) ان البحث الاستكشافي يفسح المجال امام الباحث للتعرف على معالم المجتمع الذى يريد دراسته والوصول الى الاشخاص ذوى المكانات الاجتماعية الفاعلة الذين يشكلون مدخلا يتعرف من خلالهم على اشخاص اخرين مهمين للدراسة، ويعملون على تعزيز الثقة بين الباحث وبين المبحوثين واختيار الاشخاص الذين يصلحون للقيام بوظيفة الاخباريين.

عند بدء الدراسة الميدانية قام الباحث بالاتصال باحد الموظفين العاملين بوزارة الصحة من قرية سال وتم اصطحابه الى القرية(مجتمع الدراسه) حيث تم التعرف على المركز الصحي والبلديه والعاملين فيهما ، والذين ابدوا تفهما طيبا لموضوع البحث واستعدوا لتقديم كل عون ممكن. وبدأ الباحث يتردد على المركز الصحي ودار البلديه بين الفتره والاخرى، حيث استطاع ان يجمع معلومات عن تعداد السكان والمنازل وبعض الممارسين للطب التقليدى والخدمات التي يقدمها المركزالصحي والبلديه. وتم التعرف على بعض الاخباريين الذين استطاع الباحث الحصول منهم على معلومات تتعلق بالبحث. فمن وجهة نظر ابراهيم والشنواني (١٩٨٨:١٧٧) يتوقف نجاح الدراسة الميدانية على اختيار الاخباريين والتعاون معهم، حيث انهم حلقة الوصل ما بين الباحث والمجتمع، وهم الذين يستطيع ان يستمد الباحث منهم البيانات والمعلومات خلال المقابلات حول الموضوعات التي يستطيعون التحدث عنها. ولكنهم في نفس الوقت لا يمثلون المصدر الاول والاخير في عملية جمع المعلومات.

في الميدان استطاع الباحث تكوين شبكة علاقات مكنته من الوصول الى الاخباريين الذين استقى منهم مادة التاريخ الشفوى للقرية اعتمادا على ماشاهدوه وسمعوه من ابائهم عن التغيرات في السابق· وساعدت المعلومات التي تم الحصول عليها من هؤلاء الاخباريين في توضيح الكثير من الظواهر الموجودة في الوقت الحاضر وبخاصة تطور الرعاية الصحية والتركيبة الاجتماعية والاقتصادية والسياسية والتغيرات التي طرأت على القرية ·

بدأ الباحث دراسته الاستكشافية بالتعرف على نوع العلاقة القائمه بين سكان القرية والمركز الصحي والمتغيرات التي تؤثر فيها، كما وجه دراسته نحو رصد الممارسات الطبية الرسمية وغير الرسمية لجمع الماده الميدانية للدراسه الوصفية· ولتدعيم المعلومات النوعية تم تصميم استبيان استفاد الباحث في تصميمه من الدراسة الاستكشافية التي اجراها من حيث تحديد نوع الاسئلة للحصول على بيانات تسد الفراغ في الدراسه والناجم عن قصر المده الزمنية المحددة للملاحظه بالمشاركه·

اعتمد الباحث في هذه الدراسة بشكل اساسي على مناهج البحث الانثروبولوجي التي تستند على طريقة الملاحظه بالمشاركه ممثلة في المقابله الشخصيه واختيار عينة البحث والاستبيان ثم توزيعه على افراد العينه اثناء اقامته في منطقة الدراسة· وبالاضافة الى ذلك تم الرجوع الى السجلات والوثائق المتعلقة بالنواحي الصحية المتوفرة لدى بلدية سال والمركز الصحي·

٣ ـ ٢ ـ طرق البحث

٣ ـ ٢ ـ ١ ـ الملاحظة بالمشاركة

يعرف الجوهري والخريجي (١٩٨٠:١٨٢ـ١٨٦) الملاحظة بالمشاركة على انها طريقة بحث يكون فيه الباحث عضوا في الجماعة التي يلاحظها ويشارك في

نشاطاتها من اجل ان يجد الاشياء كما هي موجوده علية بالواقع. ويذهب الى أنه يتوجب على الباحث الذى يدرس الجماعة ان يندمج فيها بدرجة كافية تمكنه من ان يتعرف على اسلوب حياتها، وفي نفس الوقت لا يستطيع ان يندمج اندماجا كليا بحيث يصبح كل شيء امرا عاديا لا يستحق التسجيل. وينبغي علية ان يكون قادرا على ان يعبر عن انماط السلوك والعلاقات المتبادلة بين افرادها وجماعاتها بطريقة موضوعية دون اصدار اي احكام قيمية او متحيزة. ويوضح الجوهري والخريجي ان الملاحظه بالمشاركة هي طريقة في البحث تستهدف التعرف على ثقافة الجماعة واسلوبها في الحياة ووصف هذه الثقافة وذلك الاسلوب وتتطلب طريقة للاتصال بالجماعة او المجتمع المحلي فترة طويلة من الزمن لكي يحصل الباحث على البيانات التي يريدها، وهذه الفترة تعتمد على حجم المجتمع الذى يدرسة الباحث. وتضيف مير (١٩٦٥:٣٥٣) ان من مزايا هذه الطريقة انها تقلل من التوتر وردود الفعل تجاه الباحث الذى يستطيع من خلال المشاركة فهم الجماعات بشكل اكبر وتساعده على جمع اكبر قدر من المعلومات. ويرى أحمد (١٩٨٨: ١٥٣) ان الانثروبولوجيين يستخدمون الملاحظة بالمشاركة في دراستهم، فيعيش الباحث وسط افراد المجتمع كواحد منهم ويشاركهم في الانشطة التي يقومون بها ويجرى ملاحظاته عما يجرى وعن خبراته الشخصيه.

فالملاحظه بالمشاركة تعتبر المنهج الاساسي في العمل الميداني،ويعتمد عليها الباحث في اختيار البيانات التي يستخلصها بوساطة طرق اخرى. ويمكن تنفيذ الملاحظة باسلوبين:الاول يتمثل في اندماج الباحث في مشاركته لانشطة المجتمع المختلفة التي يقوم بها افراده،والثاني يتمثل في الملاحظة. فالملاحظة بالمشاركة تمنح الباحث فرصة لملاحظة الناس وهم يتصرفون بشكل طبيعي امامه وكأنه شريك لحياتهم وصديق لهم وليس غريبا عنهم. وبمعنى اخر فان الملاحظة بالمشاركة تفسح المجال امام الباحث لملاحظة ما يجرى حوله من خلال التفاعل مع الوسط المحيط به بما فيه من اشخاص واشياء(ابراهيم والشنواني١٩٨٨:١٨٥).

استمرت زيارات الباحث الى دار البلدية والمركز الصحي ولم تنقطع ، حيث بقي يتردد عليها بين الحين والاخر ويراقب تفاعل المواطنين معهما ومتابعة ما يدور من حديث بين المواطنين والموظفين في البلديه والمركز

الصحي ، واستطاع من خلال ملاحظاته واحتكاكه بالمواطنين من التعرف على بعض الاشخاص الذين تم استخدامهم كأخباريين.وطلب من رئيس البلدية ان يشارك في اجتماعات لجنة صحة المجتمع وحضر بعض هذه الاجتماعات التي دارت حول الوضع الصحي في القرية. في هذه الاثناء كانت البلدية بالتعاون مع المركز الصحي تقوم بحملة مكافحة الحشرات والقوارض. فطلب الباحث من رئيس البلديه ومدير المركز الصحي المشاركة في هذه الحملة، فأبدوا كل ترحيب. وكذلك طلب من مدير المركز الصحي مرافقة المراقب الصحي في جولاته داخل القرية فأبدى كل ترحيب بذلك.

اما على صعيد المجتمع المحلي فقد كان الباحث يحاول زيارة اكبر عدد ممكن من الاسر حيث كان يحقق من هذه الزيارات هدفين : اظهار نفسه بين أكبر عدد ممكن من الناس حتى يصبح مألوفا لديهم وثانيهما جمع اكبر قدر ممكن من المعلومات عن القرية بجوانبها المختلفة . وبالفعل صار غالبية السكان يعرفون ان الباحث يقوم بزيارتهم من اجل اجراء بحث عن قريتهم، وكان يشرح لهم هدفه من وجوده بينهم وكانوا يبدون استعدادهم لمساعدته بكل شيء يمكن تقديمه له. وهذه الزيارات سبقت اقامته بينهم بثلاثة شهور.

بعد ثلاثة شهور من الزيارات المستمره لمجتمع الدراسة أقام الباحث في القرية طوال شهر تموز ١٩٩١ محاولا التعرف على المشكلات الصحية التي كان يعاني منها الناس في القرية وكان يحاول مشاهدة ما يجري من ممارسات طبية داخل المنركز الصحي والادوار التي كان يقوم بها الكادر الفني الموجود في المركز. كما كان يحاول مشاهدة ما يجري من ممارسات طبية داخل المجتمع المحلي عند المعالجين الشعبيين والتعرف على الدوافع التي تجعل الناس يقبلون عليها. فكان الباحث يذهب يوميا لزيارة المركز وكان يجلس في غرفة الطبيب محاولا الاستماع الى ما يجري من نقاش بين الطبيب والمرضى ، واحيانا كان الطبيب يشركه في هذا النقاش ، وكان المرضى يعتقدون بأنه طبيب آخر، كما كان يجلس في غرفة الانتظار لسماع ما يجري من حديث حول المشكلات الصحية والمعالجة في المركز الصحي وكذلك كان يتنقل من غرفة الى غرفة محاولا ملاحظة التفاعل الاجتماعي ما بين الجمهور المراجع للمركز الصحي والعاملين بهذا المركز ورصد كل الملاحظات المتعلقة بالخدمات الصحية (المرض

والعلاج)، وكان لا يفوته مرافقة المراقب الصحي في جولاته الميدانية وتدوين ملاحظاته حول كل شيء يتعلق بمجال بحثه.

استطاع الباحث من خلال مشاركته في حملة مكافحة الحشرات والقوارض في القرية ان يلاحظ الكيفية التي يتخلص المواطنون بها من النفايات الصلبة ، وان يسجل ملاحظاته عن تراكمها في الشوارع وكيفية تعامل المراقب الصحي مع المواطنين الذين يلقون بهذه النفايات في الشوارع. هذا وقد استفاد الباحث من حضوره اجتماع لجنة صحة المجتمع التي شارك مع اعضائها في وضع بعض الحلول للنفايات التي تتراكم في الشوارع حيث اقترحت اللجنة شراء براميل لتوضع امام المنازل وتوضع فيها اكياس النفايات . ولكن من الملاحظ انه عندما وضعت البراميل قام الاهالي بتفريغ محتويات الاكياس في هذه البراميل الامر الذى ادى الى تراكمها وانبعاث روائح كريهة منها، واصبحت مكانا تتجمع فية القوارض والحيوانات الضاله واحدث ذلك العديد من المكاره الصحية، الامر الذى حدا بالبلدية الى ازالة هذه البراميل فعاد المواطنون الى طرحها امام منازلهم ، حيث كانت تبقى امام هذه المنازل لعدة ايام وذلك لعدم توفر سيارة لنقلها الى مكب النفايات خارج القرية ، وذلك لانشغال سيارة البلدية في ازالة انقاض البيوت القديمة الايلة للسقوط والتي قامت البلدية على ازالتها.

لقد استطاع الباحث من ملاحظة التفاعل الاجتماعي ما بين المواطنين والمركز الصحي خلال مرافقته للمراقب الصحي التابع للمركز في جولاته الميدانية للتفتيش على المؤسسات الغذائية وخزانات المياه وصحة البيئة ومتابعة شكاوى المواطنين المتعلقة بالمضايقات التي تسببها تربية الحيوانات داخل البيوت للاخرين. من خلال هذه الجولات استطاع ملاحظة الكيفية التي كان ينظر بها المواطنون الى المراقب الصحي والكيفية التي كان يتعامل بها المراقب الصحي مع هؤلاء المواطنين. وقد استمر الباحث في مرافقة المراقب الصحي في جميع مهامه داخل القرية وكان يسجل ملاحظاته ازاء كل ما يشاهده. فقد كان يرافق المراقب اثناء اخذ عينات المياه من الخزانات ، وقيامه بعمل استقصاء وبائي لبعض الامراض السارية التي حدثت اثناء وجود الباحث ، الامر الذى فسح المجال امام الباحث لمشاهدة ما يقوم به المراقب الصحي من اجراءات وقائية داخل المجتمع من جهة والتعرف على البيئة الداخلية للمنازل من جهة اخرى .

٣ ـ ٢ ـ ٢ ـ المقابلات الشخصية

يوضح أحمد (١٩٨٧ : ٢٠٩) ان المقابله تعتبر طريقة لجمع المعلومات من اشخاص لهم خبرة مباشرة او غير مباشرة بالظاهرة التي يقوم الباحث بدراستها. فمن خلال المقابله يستطيع الباحث الحصول على ملاحظات الناس او على احداث لا يستطيع هو نفسه ملاحظتها وذلك من خلال توجيه مجموعة من الاسئله اليها. تختلف المقابله عن الاستبيان في شيء اساسي وهو ان الباحث يواجه المبحوث ويقوم بتوجيه اسئلة له ويمكن ان يقدم التوضيح للاسئله اثناء اجراء المقابله. والمقابله تستخدم في معظم انواع البحوث الاستطلاعية والوصفية كوسيلة وحيدة او كوسيلة مساعدة لغيرها من الوسائل.

ويوضح التير (١٩٨٩ : ١٢٨ ـ ١٢٩) بأنه على الرغم من وجود اكثر من نوع من المقابلات (المقننة ، غير المقننة ،والبؤرية) الا أن الانثروبولوجيين يستخدمون المقابلة غير المقننة عند دراستهم للمجتمعات الغريبة بالنسبة لهم. والمقابله غير المقننة لا يعد لها الباحث مسبقا اسئلة محددة ، وهذا النوع من المقابللات يمتاز بمرونته بين الباحث ومن تجرى مقابلته ، حيث تتم المقابلة بجو يشبه جو الحديث الاجتماعي العادى الذى يجرى بين شخصين(فيقوم الباحث بطرح السؤال ثم شرحه اذا تتطلب الامر ذلك او التعليق عليه مشجعا المبحوث الاجابة عليه والتوسع فيها. وبناء عليه يقوم الباحث بجمع اقوال المبحوث. ويضيف (ابراهيم والشنواني ١٩٨٨ : ١٩٢) بان المقابله غير المقننة تتيح الفرصة امام الاخبارى لاعطاء اقواله التي تحتوى على المعلومات التي يريدها الباحث بكل حرية ومن وجهة نظرهما بأن تسجيل اقوال المبحوث اثناء اجراء المقابلة مهمة ، حيث يشجع ذلك في استخلاص المعلومات من المبحوث باشعاره ان كل ما يقول هو مهم وذلك من خلال تدوينها امامه.

ويرى الجوهري وخريجي (١٩٨٠ : ١٥٢) ان المقابلة كالملاحظة بالمشاركة تعتبر منهج بحث يسلكه الباحث لكي يتمكن من الحصول على بيانات عن موضوع لا يعرف عنه سوى القليل ، وهنا يشبه الحوهري والخريجي

المقابلة بعملية الصيد. فالباحث يستخدم هذا المنهج للحصول على تفاصيل اكثر عن موضوع بحثه لا يمكن الحصول عليها من خلال الاستبيان لذلك لا يستطيع الباحث طرح اسئلة مقننة. تعتبر وسيلة هامة في العلوم الاجتماعية وعلى الباحث الكفؤ ان يكون قادرا على استخدامها.

قام البحث باجراء اثني وثلاثين مقابلة مع المواطنين من الجنسين (الذكور والاناث)، تم اختيارهم من خلال اخباريين ومن خلال تواجد الباحث في المركز الصحي والمجتمع المحلي في اوقات مختلفة . كانت اعمار من تمت مقابلتهن من النساء من الفئات العمرية ١٠ ـ٢٠ سنة (واحدة) ، ومن ٢١ ـ٣٠ سنة (اثنتان)، ومن ٣١ـ٤٠ (ثلاثة)، و (واحدة) كان عمرها ٦٥ عاماً واخرى تزيد عن المئة عام . وكان من بين النساء اللواتي تمت مقابلتهن مداوية (معالجة تقليدية). دايتان تقليديتان ـ يتعاملن بالطب الشعبي ـ وقابلة قانونية وممرضة . أما الذكور الذين تمت مقابلتهم فكانت فئاتهم العمرية كالتالي : ٣٠ـ٤٠ (اربعة)، ٤١ـ٥٠ (ثلاثة) ، ٥١ـ٦٠ (خمسة)، ٦١ـ٧٠ (ستة) ، ومن ٧١ الى مئة عام (ستة) اشخاص. كان من بينهم اربعة معالجين تقليدين ومجبر واربعة مخاتير ورئيس البلدية وطبيبان ومراقب صحي ومساعد صيدلي .

لقد قام الباحث بإجراء المقابلات من خلال زيارة المركز الصحي وزيارة المواطنين في البيوت والجلوس معهم في المحال التجارية ومشاركتهم في بعض المناسبات وزيارتهم في مزارعهم . وكان الباحث يقوم بطرح اسئلة مفتوحة حول الخدمات الصحية التي يقدمها المركز والحياة الاسرية والمهن والمرض والعلاج والممارسين للطب التقليدي. اما المقابلات التي تم إجراؤها مع الممارسين للطب التقليدي قد تناولت التصنيفات التي لديهم حول الامراض والوصفات التي يقومون باعدادها .

وفيما يتعلق بالمقابلات التي اجراها مع كبار السن فقد تناولت النواحي العلاجية التي كانوا يلجأون اليها قبل إنشاء المركز في القرية والاماكن التي كانوا يذهبون اليها لتلقي العلاج والمعتقدات التي كانت لديهم حول المرض وطرق العلاج. كما تناولت الكيفية التي كانت تجري بها عمليات الولادة ومن يقوم بها، وحول استمرارية الممارسات الطبية التقليدية في المجتمع .

وفيما يتعلق بتاريخ القرية وسير الحياة تؤكد إبراهيم والشنواني (٢٠٠:١٩٨٨) ان تاريخ الحياة مهم لدراسة التغير الاجتماعي والحضاري ، ودراسة الادوار والتنشئة الاجتماعية والملامح المشتركة بين الافراد ومضاهر التباين بينهم. فتاريخ سير الحياة مهم لدراسة نمط الحياة والدور الذي تلعبه في ثقافة المجتمع وتضيف(إبراهيم والشنواني ١٩٨٨ : ٢٠٢) يستطيع الباحث جمع الكثير من المعلومات التي تتعلق بمجال دراسته من خلال دراسة تاريخ سيرة حياة بعض الافراد الذين تمت مقابلتهم .

وقد حاول الباحث التعرف على تاريخ القرية من خلال تتبع ملامح المجتمع وما حصل عليه من تغير وذلك من خلال المقابلات التي كان يجريها مع الافراد الذين قابلهم. فقد اعتمد الباحث في ذلك على القصص التي كانوا يروونها عن شخصياتهم وحياتهم اعتماداً على ذكرياتهم عن مراحل حياتهم التي مروا فيها، حيث كان الباحث يحاول تتبع التغير الاجتماعي والاقتصادي والسياسي والصحي من خلال دراسة حياة الافراد الذين تمت مقابلتهم .

٣ ـ ٢ ـ ٣ ـ السجـلات والوثائق

قام الباحث بالاطلاع على الملفات الخاصة بالمرضى والتقارير الشهرية التي يعدها المركز حول الاعمال التي يقوم بها طيلة ايام الشهر من معالجة، امومة وطفولة،وأخذ عينات ماء، وفئات التأمين ، والادوية المصروفة ، والتحاويل الى المؤسسات الصحية الاخرى ، والشكاوي التي يتقدم بها المواطنون بخصوص الازعاجات التي يتعرضون لها من جراء تربية جيرانهم للحيوانات بالقرب من منازلهم . كما وتم الرجوع الى سجلات البلدية للحصول على المعلومات حول تنظيم القرية وتعداد السكان والاسر والمهن التجارية التي تمارس داخل القرية. وتم الحصول على الخرائط والمخططات المتعلقة بتنظيم القرية من قسم المساحة في البلدية . اضافة الى ذلك تم الرجوع الى دائرة الاحوال المدينة للحصول على التعداد العام للسكان لغاية تشرين ثاني عام ١٩٩٢ .

٣ ـ ٢ ـ ٤ ـ الاستبان

يرى التير (١٩٨٩ : ١٣٣) أن الاستبيان عبارة عن مجموعة من الاسئلة التي تدور حول موضوع معين، يقدم لعينة من الافراد للاجابة عليها. يجب ان تعدل الاسئلة بشكل واضح ، بحيث لا تحتاج الى شرح اضافي ، كما ويجب ان تجمع معاً في شكل استمارة وتقدم هذه الاستمارة الى افراد العينة بطرق متعددة : بالبريد ، الهاتف ، وباليد . ويضيف التير (١٩٨٨ : ١٢٨ ـ ١٢٩) : أن الاستمارة يجب ان تطور على ضوء المتغيرات التي تدور حولها الاسئلة وطبيعة الشخص الذي ستوجه اليه الاسئلة . ويوضح التير ان من صفات الاستبان الجيد وضوح الاسئلة وتسلسلها المنطقي بحيث توضع الاسئلة المتعلقة بالموضوع الواحد في مكان واحد وان لا تكون طويلة ، لتفادي الملل الذي يؤثر على جدية المستجيب. والاستبيان من وجهة نظر (أحمد ١٩٨٨ : ١٦٧) اداة هامة تمكن الباحث من الحصول على ملاحظات الناس عن امور واحداث لا يستطيع الباحث ان يلاحظها بنفسه ، وقد تتعلق هذه الامور او الاحداث بالناس انفسهم مثل ارآئهم او اتجاهتهم او قيمهم او سلوكهم ... الخ ، او بوقائع مختلفة شهدوها او خبروها في حياتهم او نشاطاتهم في الماضي والحاضر .

قام الباحث اثناء اقامته في مجتمع البحث بإعداد استبيان (إستمارة) احتوى على مجموعة من المتغيرات مثل : العمر ، المهنة ، التعليم ، الدخل ، والجنس ، كمتغيرات مستقلة وعدد افراد الاسرة، صلة القرابة ما بين الزوجين ، الخدمات الصحية (العلاجية والوقائية) التي يقدمها المركز ، وصحة البيئة ،المسكن وعدد حجرات المنزل والمراحيض، تصريف الفضلات السائلة والجافة ،مصدر مياه الشرب ، مشاركة البلدية في الخدمات الصحية ، الحيوانات التي تربى داخل المنزل ، خدمات الامومة والطفولة وتنظيم الاسرة كمتغيرات تابعة. وتجدر الاشارة هنا الى ان المتغير المستقل هو الذي يؤثر في متغير آخر ويؤدي التغير في قيمه الى احداث تغير في قيم متغير آخر. بعبارة اخرى المتغير المستقل هو السبب الذي يؤدي الى حدوث متغير اخر اما المتغير التابع هو الذي يتأثر بمتغير اخر. بعبارة اخرى المتغير التابع هو النتيجة.

فبعض المتغيرات في العلوم الاجتماعية ترتبط ببعضها بعضاً بعلاقات متبادلة، اي ان كل واحد يؤثر في الاخر ويتأثر به (التير ١٩٨٩ : ٢١١) ٠

لقد قام الباحث بوضع اسئلة محددة على ضوء المتغيرات وضع لها عددا من الاجابات المحددة يتعين على ارباب الاسر الاجابة عليها وان يختاروا واحدة او اكثر من هذه الاجابات ٠ وقام الباحث بتسليم الاستمارات لارباب الاسر باليد اثناء وجوده في مجتمع الدراسة وذلك ليضمن تعبئتها جميعها واعادتها اليه كاملة من افراد العينة البالغ عددهم مئه وذلك للحصول منهم على ملاحظات ازاء اتجاهاتهم وسلوكهم نحو الخدمات الصحية التي يقمها المركز الصحي وما يمارس من طب تقليدي في المجتمع ، وذلك ليتمكن الباحث من وصف العلاقة القائمة ما بين المجتمع المحلي والمركز الصحي٠

٣ ـ ٣ ـ مجتمع الدراسة والعينـــــــة

يذهب فان دالن (٤٢٤:١٩٧٧) الى ان الباحث في اختياره للعينه يحاول ان يقرب بين صفاتها وصفات المجتمع الاصلي الذى اخذت منه٠فاختيار العينة يساعد الباحث في جمع بيانات عن طبيعة المجتمع الاصلي كله،حيث ان العينة توفر على الباحث المال والوقت والجهد٠ويضيف(عبيدات واخرون ١١٦:١٩٨٧) بانه يشترط في العينة ان تحقق اغراض الدراسة التي يقوم بها الباحث،بحيث تكون ممثلة للمجتمع الذي تتم دراسته٠

وتشير المعلومات التي حصل عليها الباحث الى ان قرية سال يسكن فيها عشر مجموعات سكانية يزيد عدد افرادها على خمسة الالف نسمة، يبلغ عدد الذكور منهم الفين وخمسماية وثمانية وثمانين وعدد الاناث الفين واربعماية وسبع عشرة(١) ٠ ويبلغ عد المساكن في القرية خمسماية وتسعين مسكناً يسكنها سبعماية اسرة (٢)

١ ـ دائـــــــرة الاحوال المدنية إربد ٠

٢ ـ إحصاءات بلدية سال حسب اشتراكات الكهرباء وبطاقات التموين

جدول رقم (١) : خصائص افراد العينة

الفئات العمرية	التعليم				
	امي	مرحلة المدرسة	كلية مجتمع	جامعة فما فوق	المجموع
٢٠ ـ ٣٥	-	١٨	١٣	٩	٢٥
٣٦ ـ ٥٠	٤	٢٥	٤	٥	٣٨
٥١ ـ ٦٥	١١	٧	-	-	١٨
٦٦ فما فوق	٤	-	-	-	٤
المجموع	١٩	٥٠	١٧	١٤	١٠٠

بناء على هذه المعلومات ، اختار الباحث عينة عشوائية بسيطة اشتملت على مئه مسكن تسكنها مئة اسرة، بلغ عدد افرادها ٧٦٣ فرداً. وهذه العينه تمثل ٢ر١٥ % من مجموع السكان و ٩ر١٦% من مجموع المساكن و ٢ر١٤% من مجموع الاسر. فقد قام الباحث بتحديد الاحياء وعدد المساكن والاسر في القرية . تم بعد ذلك اختيار فئة عشوائية من كل حي بطريقة عمودية وبدأ بتعبئة الاستبيان باختيار اول منزل بالقرب من المركز الصحي ، حيث كان يعد ثلاثة بيوت ويختار الرابع ومن ثم يبدأ العد من جديد بحيث يُمثل كل حي بعدد من المنازل تتناسب مع حجم الحي الذى تتواجد فيه الى ان استطاع الباحث الحصول على الاجابه على اسئلة الاستبيان من مئة اسرة مراعياً توزيع الاستبيان على جميع احياء القرية . وتم اختيار ارباب الاسر (الزوج او الزوجة او الابن الاكبر) ليكونوا اعضاء العينة لتُجمع منهم بيانات حول المتغيرات التي طرحت على شكل اسئلة في الاستبيان وكانت اعمار العينة كالتالي : ٢٠ ـ ٣٥ (٤٠) و ٣٦ ـ ٥٠ (٣٨) و ٥١ ـ٦٥ (١٨) و٦٦ فما فوق (٤) ،وكان مستواهم

التعليمي : لا يقرأ ولا يكتب* (١٩) ، مرحلة ابتدائية (١٤) ، ومرحلة اعدادية (١٨) ، ومرحلة ثانوية (١٨) ، وكلية مجتمع (١٧) وجامعي فما فوق (١٤) (جدول رقم ١) ٠

٣ - ٤ - الصعوبات

لقد واجه الباحث بعض الصعوبات اثناء قيامه بالبحث الميداني ٠ وتمثلت هذه الصعوبات في مرافقة المراقب الصحي للباحث اثناء قيامه بطرح اسئلة الاستبيان على المواطنين الامر الذى جعل بعضهم يشعرون بالحرج اثناء اعطاء الاجابات على فقرات الاستبيان وخاصة المتعلقة بالمركز منها٠ وقد عمل الباحث على تلافي هذه الصعوبه بان اصبح يذهب الى مساكن المواطنين بعد انتهاء الدوام الرسمي للمركز٠ اما الصعوبة الثانية فتمثلت بعدم تمكن الباحث من الاستمرار في الاقامة في مجتمع البحث وذلك لان الباحث يعمل موظفا في وزارة الصحة ولم يتمكن من الحصول على اجازة لاكثر من شهر ، الامر الذى جعلة ينهي اقامته في مجتمع البحث٠ ولكن الباحث حاول ان يتلاقى هذه الصعوبة من خلال استمرارة بزيارة مجتمع البحث على فترات متقطعة وذلك بعد انتهاء الدوام الرسمي٠ استمر الحال هكذا لغاية تموز ١٩٩٢ حيث عاد الباحث واقام طيلة شهر تموز في القرية ليكمل بحثه الذى بدأه في اذار ١٩٩١٠

٣ - ٥ - تحليل البيانات

يشير عبيدات وآخرون (١٩٨٧: ١٨٨) ان الاسلوب الوصفي لا يقتصر على وصف الظاهرة وجمع المعلومات والبيانات عنها بل لا بد من تصنيف هذه البيانات والتعبير عنها كماً وكيفاً بحيث يؤدي ذلك الى فهم علاقة الظاهرة المدروسة مع غيرها من الظواهر٠ فهدف تنظيم المعلومات وتصنيفها يساعد الباحث في الوصول الى استنتاجات وتعميمات تساعد في تطوير الواقع الذي

---

* - بالنسبة لهذه الفئة كان الباحث يطرح اسئلة الاستبيان عليها ويدون الاجابات في الاستبيان ٠

يدرسة. لذا فالاسلوب الوصفي لا يهدف الى وصف الظاهرة او الواقع كما هو فحسب بل الى الوصول الى استنتاجات تساهم في تطوير هذا الواقع.

استخدم الباحث المنهج التاريخي في وصف سير الحياة والمنهج الوظيفي في وصف البناء الاجتماعي والدور الذى تقوم به الانساق الاجتماعية ، وشمل البحث رصدا لحالة القرية التي يعيش الناس فيها من حيث المساكن والخدمات والحالة الاجتماعية والاقتصادية والسياسية والحضارية والصحية وخصائص الافراد من حيث العمر والمهنة والدخل والتعليم ....الخ، كما وتم رصد انماط تفاعل الناس مع المركز الصحي، بالاضافة الى الممارسات الطبية التقليدية داخل المجتمع نفسه.

لقد حاول الباحث وصف العلاقة القائمة ما بين المركز الصحي والمجتمع المحلي من خلال جمعه للبيانات الكيفية والكمية من مجتمع البحث بالطرق والاداوات التي سبق ذكرها. فقام الباحث بتصنيف هذه البيانات لتتلاءم مع العناوين التي اختارها في محاولة منه لايجاد الاجابة على مشكلة البحث.

فيما يتعلق بالبيانات الكيفية كالتي حصل عليها الباحث من خلال المقابلات حول التنظيم الاجتماعي، والاقتصادي والسياسي والصحي وما جمعه من خلال ملاحظاته للتفاعل الاجتماعي داخل مجتمع البحث وما حصل علية من الكتب والوثائق والسجلات حول مجتمع البحث، قام الباحث بتصنيفها حسب فصول الدراسة ووضع كل جزء تحت العناوين ذات العلاقة وذلك لتساهم في عملية وصف مجتمع البحث والتغيرات التي حصلت علية وخاصة في التنظيم الصحي والتفاعل الاجتماعي ما بين المجتمع المحلي والمركز الصحي واثر هذا التفاعل على الرعاية الصحية وذلك لاختبار فروض الدراسة .

واما بالنسبة للبيانات الكمية التي حصل عليها الباحث من العينة التي اختارها حول المتغيرات التي سبق ذكرها في الاستبيان ، فقد قام الباحث بتحويلها الى ارقام تم عدها وتبويبها واعطاء رموز لكل جزء منها (تصنيفها) حسب موضوع السؤال الذى طرح في الاستبيان وذلك لحصر الاعداد التي تنتمي

الى كل متغير . بعد ذلك تم ادخال هذه البيانات في جهاز الحاسوب، حيث تم استخراج التكرارات والنسب المئوية للتمتغيرات. ومن ثم تم وضع بعضها في جداول تعطينا صورة لمتغير واحد وبعضها الاخر تم ومضعة في جداول مركبة تعطينا صورة لمتغيرين فأكثر في وقت واحد، وذلك للتعرف على العلاقة القائمة بين هذه المتغيزات وتم تحليل البيانات واستخراج النتائج المتعلقة بهذه الدراسة باستخدام الرزمه الاحصائية SAS (برنامج جاهز) في مركز الحاسب في الجامعة الاردنية، حيث تم احتساب قيمة كاي تربيع لمعرفة العلاقة بين المتغيرات (المستقبل والتابع) لمعرفة ما اذا كانت العلاقة الموجودة بينهما ذات تأثير على النتائج او انها لاتؤثر عليها. اضافة الى ذلك قام الباحث بوضع التفسيرات والاستنتاجات حول الادلة والنتائج التي حصل عليها حول مشكلة البحث والفروض المتعلقة بها.

٤ـ قرية سال : مجتمع الدراسة

٤ ـ ٠ ـ تمهيد

ان التغير الاجتماعي والاقتصادي الذي حدث في قرية سال (مجتمع الدراسة) جعلها تتطور في الكثير من جوانبها· في هذا الفصل يحاول الباحث تتبع التغير ليقدم وصفاً شاملا لهذا المجتمع وما طرأ عليه من تغير· فيتناول هذا الفصل موقع القرية وتنظيمها والسكان عدداً وتصنيفاً والمساكن الحديثة والقديمة والخدمات العامة المتوفرة في القرية : الماء ، الكهرباء ، التعليم ، الصحة ،المواصلات ،البريد والهاتف ، الجمعية و النادي·

٤ ـ ١ ـ الموقع والتنظيم :ـ

٤ ـ ١ ـ ١ ـ الموقع :

تقع قرية سال في شمال الاردن الى الشرق من مدينة اربد بحوالي خمسة كيلومترات·بنيت منازلها حول التل الاثري القديم الذى لم تزل اثاره ماثلة ليومنا هذا(Lenzen & Mcquitty 1988:269-270) وتطل القرية على السهول والقرى المجاورة ويحدها من الشرق وادي الشلالة ومن الغرب بلدة بشرى،ومن الجنوب حواره،ومن الشمال بلدتا المغير ومرو،وتبلغ مساحتها احد عشر الف دونم·واهم المزروعات الموجودة في القرية هي القمح، والعدس وهي من المزروعات الشتوية وتوجد هناك المزروعات الصيفية والتي تتمثل في البندورة،والبطيخ،والباميا واللوبيا والاشجار المثمرة: كالزيتون الذي يغطي معظم الاراضي الشرقية للقرية،وهناك بعض الاشجار الاخرى ولكن بشكل محدود مثل:اشجار العنب،والتين،والخوخ·

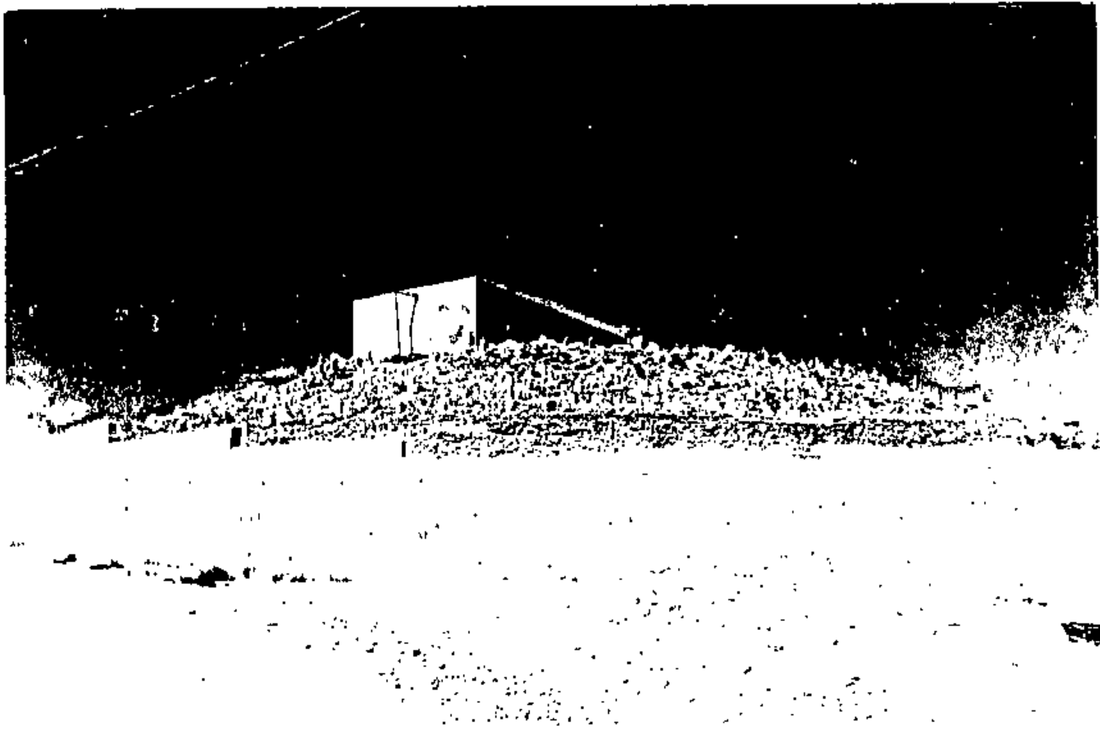
وتشير الدلائل الاثريه الموجودة في القرية الى ان القرية قد سكنها اجيال متعاقبه منذ القدم،حيث تعود بداية الاستيطان لبداية العصر الحديدي الاول ١١٥٠ ق٠م وتتمثل الدلائل الاثريه بوجود التل الاثري المحاط ببقايا سور تحصيني لايزال يقوم شاهداً على ذلك (Glueck 1951:113-114) (انظر صورة رقم ١) كذلك هناك البركة التي ازيلت والكهوف المهجورة المحيطه بالتل الاثري القديم (Steurnagel 1972:87)٠

يشكل موقع القرية اهمية خاصة لكونها تتوسط مجموعة من القرى٠فقد كانت قديماً نقطة عبور مهمة للمسافرين من دمشق الى اربد،اذ انها كانت تقع على الطريق الروماني القديم،الذي كان يربط المدينتين (Steurnagel 1972:87)٠اما في الوقت الحاضر فتوجد عدة طرق تربط القرية بالمناطق المجاورة،ويمر الطريق الرئيس المؤدي الى مدينة اربد عبر بلدة بشرى،وطرق تربط قرية سال ببلدة المغير ومنها الى بلدة الشجره٠وهناك طرق زراعيه تربطها بكل من مرو وحواره وحكما٠

٤ ـ ١ ـ ٢ ـ التنظيم :

تقسم من الناحية التنظيمية القرية الى ثلاث مناطق: القرية القديمة، والاحياء التي تعتبر امتداداً مباشراً للقرية من جميع الاتجاهات، والاحياء الجديده٠

يوجد في القرية ثلاثة انواع من البيوت : القديمة التي ماتزال مستعملة ، والبيوت الجديدة التي بنيت على انقاض البيوت القديمة،والبيوت التي تجمع ما بين اجزاء من البيت القديم واجزاء بنيت حديثاً ٠ وهناك الكهوف التي ماتزال تستخدم كمخازن للاعلاف، وكمأوى للحيوانات ، او كحفر امتصاصية للبيوت الحديثة،كما وان هناك بعض الكهوف المهجورة ٠ويسكن في القرية القديمة حالياً عائلات من الحمائل المختلفة : العبابنه والجرادات واللوابنه والنصيرات والصفافره والخرابشه والبطاينة والشلبية والمناصرة والكردي (انظر المخطط صفحه ٧١)٠



صورة رقم (١)

تل سال الاثرى والمقبرة الاسلامية والسور الاسمنتي الحديث

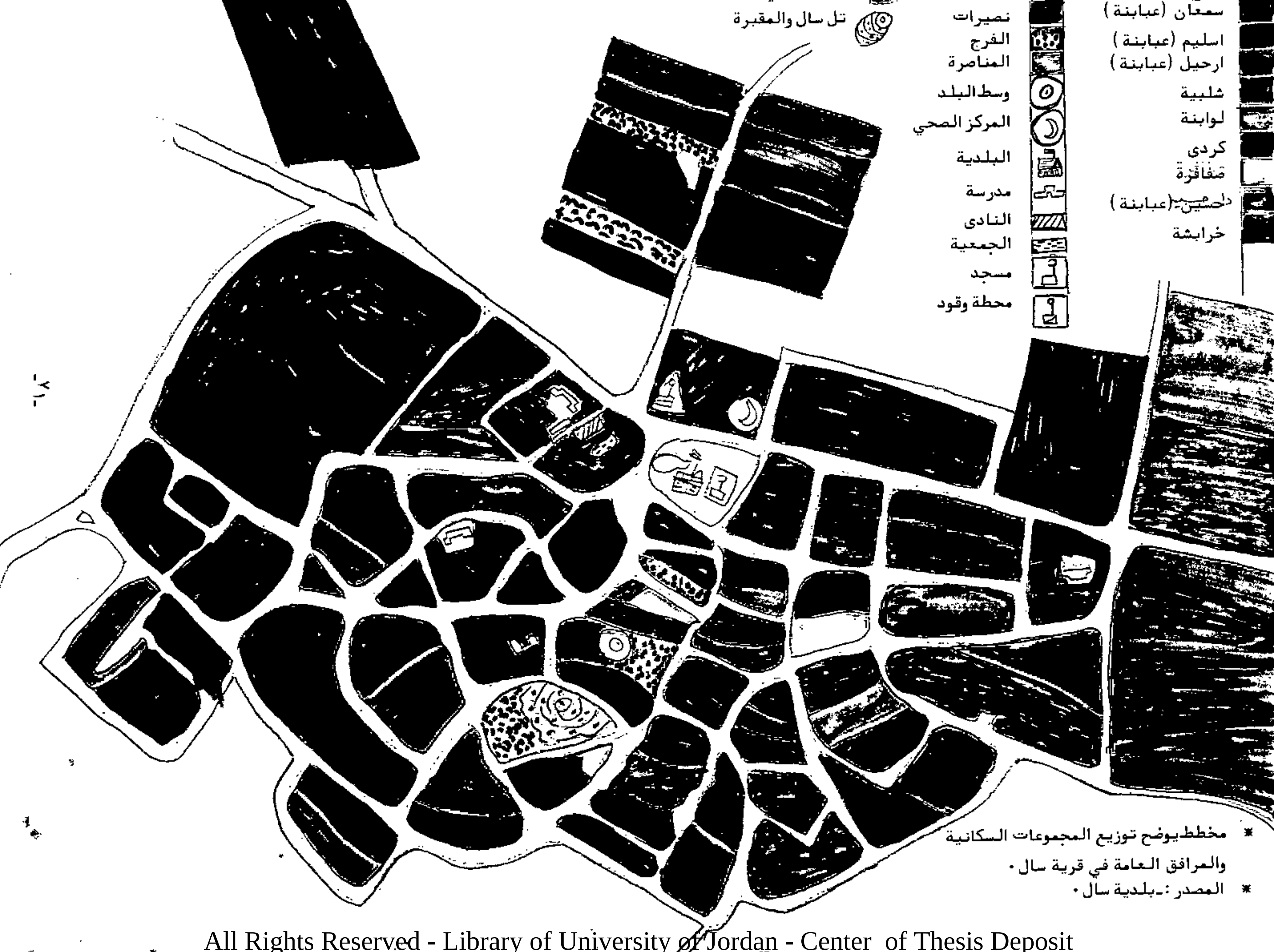
اما الاحياء التي تعتبر امتداداً مباشراً للقريه فهناك الحي الغربي،ويمتد من وسط القرية الى الطريق الفاصل من الجهة الغربية ما بين بلدتي بشرى وسال(امتداد مدخل القرية)وسكان هذا الحي هم دار سليم(العبابنه)والجرادات والخرابشه وجزء من دار حسين٠واما الحي الشرقي الذي اصبح يدعى بالوديس،فهو عبارة عن امتداد القرية الى الشرق والشمال الشرقي،ويسكنه دار حسين(العبابنه)واللوابنه،والصفافره والنصيرات وجزء من دار ارحيل وبعض السمعان(العبابنه)٠امالحي الجنوبي فيمتد باتجاه الطريق الجديد الذي يصل مدينة اربد بالرمثا،ويسكنه دار ارحيل(العبابنه)وجزء من الجرادات الشلبيه ودار حسين العبابنة٠واما الحي الشمالي فيمتد من وسط القرية الى ما بعد الطريق الرئيس ويسكنه دار اسماعيل وجزء من حسين(العبابنه)والنصيرات٠جميع هذه الاحياء هي إمتداد مباشر للقرية القديمة،وكل بيوتها من البناء الحديث ويقع معظمها في وسط الاراضي المزروعه باشجار الزيتون التي تغطي معظم اراضي القرية(صورة رقم ٢)٠

اما الجزء الثالث فيتكون من أحياء حديثه منفصلة عن القرية،بنيت بيوتها من الاسمنت المسلح،وهي بيوت مستقلة بنيت في وسط بساتين الزيتون٠ويضم هذا الجزء منطقتين: عليا وتقع الى اقصى الشمال من القرية وهي ممتدة باتجاه بلدة المغير،ويسكنها جزء من دار اسماعيل وجزء من دار ارحيل (العبابنه) وبعض الجرادات والكردي والبطاينه٠ومنطقة البرنس،وتمتد الى اقصى الغرب من القرية باتجاه بلدة حكما وسكان هذا الحي هم الجرادات٠وتربط هاتين المنطقتين بالقرية شبكة من الطرق المعبدة٠

٤ ـ ٢ ـ السكان والمساكن :

٤ ـ ٢ ـ ١ ـ السكان :

يسكن في قرية سال عشر مجموعات سكانية بلغ عدد افرادها حسب التعداد العام للسكان والمساكن الذي اجرته دائرة الاحصاءات العامة عام ١٩٧٩ـ(٣٢٥١)ـ نسمه بلغ عدد الذكور منهم (١٧٢٠) اي ٥٢٫٩ % من مجموع



* مخطط يوضح توزيع المجموعات السكانية والمرافق العامة في قرية سال.
* المصدر: بلدية سال.





صورة رقم (٢)

الامتداد العمراني والاحياء الجديدة في قرية سال

السكان في حين بلغ عددالاناث (١٥٣١) اي ١و٤٧ % ٠ وقد ازداد عدد سكان القرية في عام ١٩٩٢ بنسبة ٣٥ % فزاد عدد السكان عن الخمسة الالف نسمه ٠ بلغ عدد الذكور منهم الفان وخمسماية وثمانية وثمانون والاناث الفان واربعماية وسبع عشرة فكانت نسبة الذكور ٧و٥١ % والاناث ٣و٤٨% وهذه النسب تتطابق الى حد ما مع نسب الذكور والاناث لتعداد ١٩٧٩ ٠ واما الدراسة الحالية البالغ عدد افرادها ٧٦٣ فقد بلغ عدد الذكور منهم ٣٨٤ والاناث ٣٧٩ ، حيث بلغت نسبة الذكور ٩و٥٠% والاناث ١و٤٩% وهذه النسب تتطابق الى حد ما مع تعداد عام ١٩٧٩ و ١٩٩٢ ٠ (جدول رقم ٢) ٠

واذا ما نظرنا الى توزيع افراد العينة حسب الفئات العمرية والتعليم المبينة في(جدول رقم ٢) نستطيع ان نتتبع تطور السكان عدداً ونوعاً ٠

تبين الدراسة ان نسبة الذكور الذين هم دون سن المدرسة بلغ (٨،٩%) من مجموع افراد العينة ٠ بلغت نسبة من اعمارهم اقل من سنه من هذه الفئة ٢٦،٤٧% ومن اعمارهم من ١ ـ ٥ سنوات ٧٣،٥٣% ٠ في حين بلغت نسبة الاناث دون سن المدرسة (٩،٥٦%) من مجموع افراد العينة ٠كانت نسبة من اعمارهن اقل من سنه من هذه الفئة ٩،٥٩% ومن اعمارهن من ١ ـ ٥ سنوات ٩٠،٤١% ٠ وبلغت نسبة الذكور الذين تتراوح اعمارهم ما بين (٦ـ١٠) سنوات (٧،٧٣%) والاناث (٧،٨٦%) وهذا العدد من الذكور والاناث على مقاعد الدراسة في المرحلة الابتدائية ٠ اما الذين تتراوح اعمارهم ما بين (١١ـ٢٠) من الذكور بلغت نسبتهم (١٤،٦٧%) منهم (١٤،١٥%) تحصليهم العلمي يقتصر على مرحلة المدرسة و (٠،٥٢%) كان تحصليهم العلمي دبلوم مجتمع٠ اما الاناث فقد كانت نسبتهن (١٣،٢٣%) بلغت نسبة اللواتي في مرحلة المدرسة منهن (١٢،٨٤%) و(٠،٣٩%) منهن كان تحصيلهن العلمي دبلوم كلية مجتمع(جدول رقم ٢)٠

فيما يتعلق بمن تتراوح اعمارهم ما بين (٢١ ـ٣٠) سنة بلغت نسبة الذكور منهم (٨،٩١%) كان من بينهم (٤،٥٨%) في مرحلة المدرسة و(٢،٦٤%) دبلوم كلية مجتمع و(١،٧٩%) جامعةاما الاناث فبلغت نسبتهن (٧،٧٣%) بلغت نسبة من هن في مرحلة المدرسة (٥،٢٨%) ودبلوم كلية مجتمع (١،٨٣%) و الجامعة (٠،٥٢%)٠ يلاحظ هنا ان هناك فارق ملموس بين نسبة الذكور الذين

جدول رقم (٢) توزيع افراد العينة حسب العمر والجنس والتعليم

التعليم / العمر	الذكور: أمي	الذكور: مرحلة المدرسة	الذكور: كلية مجتمع	الذكور: جامعة	الذكور: مرحلة ما قبل المدرسة	الذكور: المجموع	الاناث: أمي	الاناث: مرحلة المدرسة	الاناث: كلية مجتمع	الاناث: جامعة	الاناث: مرحلة ما قبل المدرسة	الاناث: المجموع
اقل من سنة	-	-	-	-	١٨ ٪١٠٠	١٨ ٪٤ر٨٧	-	-	-	-	٧ ٪١٠٠	٧ ٪١ر٨٥
١ـ٥ سنوات	-	-	-	-	٥٠ ٪١٠٠	٥٠ ٪١٣ر٢٠	-	-	-	-	٦٦ ٪١٠٠	٦٦ ٪١٧ر٤١
٦ـ١٠	-	٥٩ ٪١٠٠	-	-	-	٥٩ ٪١٥ر٣٦	-	٦٠ ٪١٠٠	-	-	-	٦٠ ٪١٥ر٨٣
١١ـ٢٠	-	١٠٨ ٪٩٦ر٤٣	٤ ٪٣ر٧٥	-	-	١١٢ ٪٢٩ر١٧	-	٩٨ ٪٩٧ر٢	٣ ٪٢ر٨	-	-	١٠١ ٪٢٦ر٦٥
٢١ـ٣٠	-	٣٥ ٪٥١ر٤٧	٢٠ ٪٢٩ر٤٢	١٣ ٪١٩ر١١	-	٦٨ ٪١٧ر٧١	٢ ٪٣ر٣٩	٣٩ ٪٦٦ر١٠	١٤ ٪٢٣ر٧٢	٤ ٪٦ر٧٧	-	٥٩ ٪١٥ر٥٦
٣١ـ٤٠	-	٢٢ ٪٧٠ر٩٨	٤ ٪١٢ر٩٠	٥ ٪١٦ر١٢	-	٣١ ٪٨	٥ ٪١٤ر٢٨	٢٣ ٥٦ر٧١	٥ ٪١٤ر٢٨	٢ ٪٥ر٧١	-	٣٥ ٪٩ر١٣
٤١ـ٥٠	٢ ٪١١ر٢	١٢ ٪٦٦ر٦	١ ٪٥	٣ ٪١٦	-	١٨ ٪٤ر٦٨	١٢ ٪٦٠	٨ ٪٤٠	-	-	-	٢٠ ٪٥ر٢٧
٥١ـ٦٠	١٠ ٪٥٥ر٥	٨ ٪٤٤ر٥	-	-	-	١٨ ٪٤ر٦٨	١٧ ٪١٠٠	-	-	-	-	١٧ ٪٤ر٤٨
٦١ـ٧٠	٩ ٪٦٩ر٢٣	٤ ٪٣٠ر٧٧	-	-	-	١٣ ٪٣ر٣٨	١١ ٪١٠٠	-	-	-	-	١١ ٪٢ر٩٠
٧١ فما فوق	٦ ٪١٠٠	-	-	-	-	٦ ٪١ر٥٦	٣ ٪١٠٠	-	-	-	-	٣ ٪٠ر٧٩
المجموع	٢٧	٢٤٧	٢٩	٢١	٦٨	٢٨٤	٥٠	٢٢٨	٢٢	٦	٧٣	٣٧٩

تابعوا دراستهم في مستوى الدبلوم والجامعة والاناث اللواتي هن من نفس الفئة العمرية مما يدل على ان عدد الذكور الذين يتابعون دراستهم يفوق عدد الاناث وقد يكون السبب هو تأخر الاناث في الالتحاق بالتعليم (جدول رقم ٢)٠

اما بالنسبة لمن تتراوح اعمارهم بين (٣١ـ٤٠) فقد بلغت نسبة الذكور منهم(٤،٠٦%) كان من بينهم (٢،٨٨%) تحصيلهم العلمي لمرحلة المدرسة و (٠،٥٢ %) دبلوم كلية مجتمع و(٠،٦٥ %) جامعه ٠ في حين بلغت نسبة الاناث في هذه الفئة (٤،٥٦ %) من بينهن (٠،٦٥%) اميات و(٣ %) في مرحلة المدرسة و(٠،٦٥ %) كلية مجتمع و(٠،٢٦ %) جامعه٠ يلاحظ هنا في هذه الفئة العمرية ان النساء لم يلتحقن جميعاً بالمدارس حيث توجد (٠،٦٥%) من الاناث في هذه الفئة اميات٠ وبمقارنة الذكور مع الاناث في هذه الفئة نجد ان جميع الذكور التحقوا بالمدارس مما يدل انه كانت لدى الذكور فرصة اكبر في التعليم ويعود السبب في ذلك الى افتتاح مدرسة للذكور عام ١٩٤٨ في القرية ، مما اتاح الفرصة امام الذكور من الالتحاق بها والحصول على التعليم وان عدم وجود مدرسة للاناث في القرية جعل الاناث يقبلن على التعليم في مرحلة لاحقة وهذا واضح في المقارنة ما بين الاناث في الفئات العمرية من (٢١ـ٣٠) فما دون وما بين الفئات العمرية ٣١ـ٤٠ فما فوق (جدول رقم ٢)

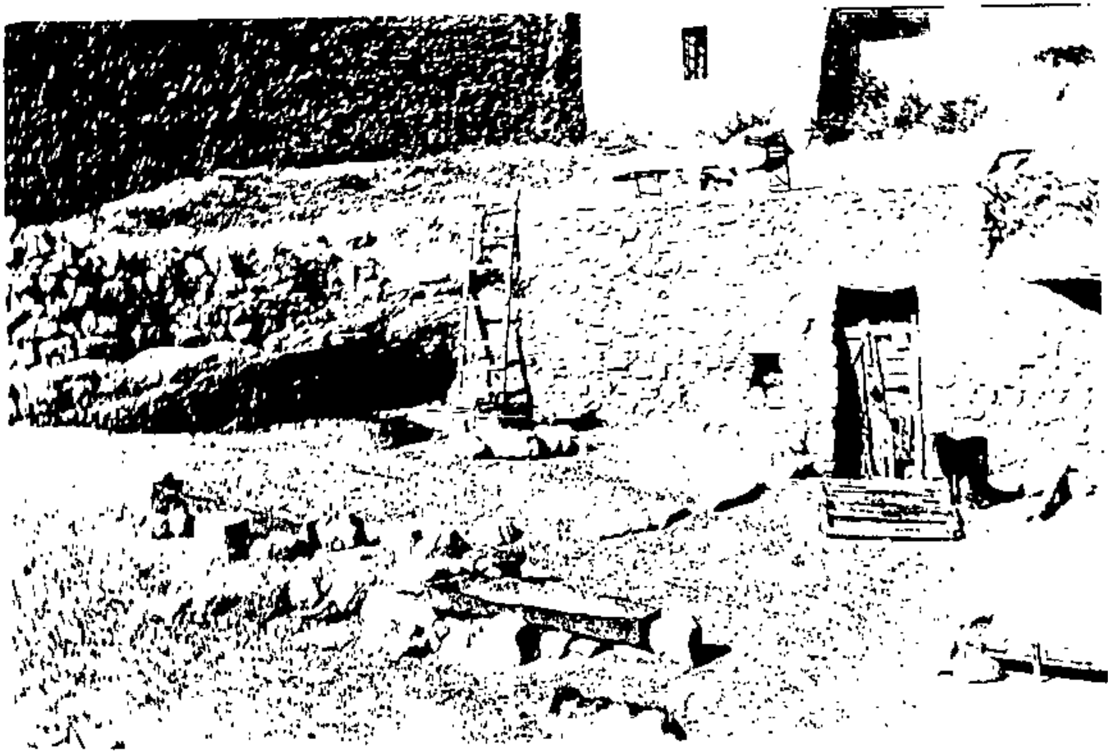
تبين الدراسة الحالية بان نسبة الذكور في الفئة العمرية من ٤١ـ٥٠ بلغ (٢،٣٥ %) منهم (٠،٢٦ %) لا يقرأون ولا يكتبون و(١،٥٧ %) تحصيلهم العلمي لمرحلة المدرسة و (٠،١٣%) كلية مجتمع و(٠،٣٩%) جامعة في حين بلغت نسبة الاناث في هذه الفئة العمرية (٢،٦٢%) منهن (١،٥٧%) اميات و(١،٠٤%) اقتصر تعليمهن على مرحلة المدرسة يلاحظ في هذه الفئة العمرية ان عدد الذين تابعوا دراستهم في مرحلة الدبلوم والجامعة قليل وتناقص عما كان عليه في الفئات العمرية من ٣١ـ فما دون وهذا يعود الى التناقص في التحاق الذكور على التعليم وقد يكون السبب عدم توفر المدارس وهذا التناقص يلاحظ من الفرق بين عدد الذكور الذين التحقوا بالمدارس من الفئات العمرية (٦ـ١٠و١١ـ٢٠) واما بالنسبة للاناث يلاحظ انه لم يكن هناك اقبال على متابعة الدراسة بعد مرحلة المدرسة حيث لا يوجد في هذه الفئة العمرية من الاناث قد انهت التعليم في مرحلة الدبلوم او الجامعة ٠ كما ان نسبة الامية من الاناث في

هذه الفئة العمرية عالية (١،٥٧ %) اذا ما قيست مع الفئات العمرية الاقل ويرجع ذلك الى تأخر الاناث في الالتحاق بالتعليم (جدول رقم ٢)٠

يلاحظ انه كلما ارتفع العمر كلما قل عدد الافراد والمتعلمين ويزداد عدد الامية ، حيث في الفئة العمرية ٥١ ـ ٦٠ بلغت نسبة الذكور (٢،٣٥ %) كان من بينهم ١،٣١ % لا يقرأون ولا يكتبون و (١،٠٤ %) الذين اتيحت لهم فرصة التعليم لمرحلة المدرسة فقط٠ اما الاناث فقد بلغت نسبتهن في هذه الفئة (٢،٢٢ %) لم تتح لاي منهن فرصة التعليم والسبب كما تم ذكره سابقاً عدم وجود مدارس للاناث في القرية٠ كما ويلاحظ بانه في الفئة العمرية (٦١ـ٧٠) بلغت نسبة الذكور (١،٧ %) بلغت نسبة الامية فيها(١،١٧%) واتيحت فرصة التعليم لمرحلة المدرسة الى (٠،٥٣ %) منهم، اي ان نسبة الذين حصلوا على التعليم لمرحلة المدرسة قد تناقصت وهذا التناقص مستمر٠ ففي الفئة العمرية ٦١ـ٧٠ البالغة نسبتها (٤،٥٩ %) بلغت نسبة الذكور فيها (٣،٣٦ %) اتيحت فرصة التعليم الى ٠،٥٢ % منهم لمرحلة المدرسة فقط ٠ اما الاناث والبالغة نسبتهن ١،٤٤ % لم تتح لاي منهن فرصة التعليم٠ واما الفئة لعمرية ٧١ فما فوق بلغت نسبتها (١،١٨ %) لم تتح لاي من افرادها سواء الذكور او الاناث فرصة التعليم ٠ (جدول رقم ٢) ٠

٤ ـ ٢ ـ ٢ ـ المساكن

سكن الناس في بداية قدومهم الى القرية الكهوف واستعملوها مأوى لهم ولحيواناتهم التي كانوا يعتمدون عليها في غذائهم وانجاز اعمالهم ،فقد سكنت كل عائلة كهفاً ، ولازالت هذه الكهوف تنسب الى العائلات التي كانت قد سكنتها ، ومن ثم ورثها الابناء عن الاباء : فهناك كهف لعائلة باير العبابنه ، واخر لعائلة عبدالله العلي الجرادات ،و كهف لعائلة خلف السليم ،واخر لعائلة دبيس ٠٠٠٠الخ ٠ وهذه الكهوف مقسمة من الداخل على شكل حجرات بواسطة القناطر التي قاموا ببنائها لتدعيم السقوف وبعضها الاخر بواسطة جدران داخلية لها ابواب تفتح للداخل مما يدل على انه كانت لدى السكان معرفة جيدة بالبناء٠ (انظر صوره رقم ٣) هذا وتوجد امام هذه الكهوف ساحات دائرية ، حفر في بعضها آبار لجمع مياه الامطار ٠





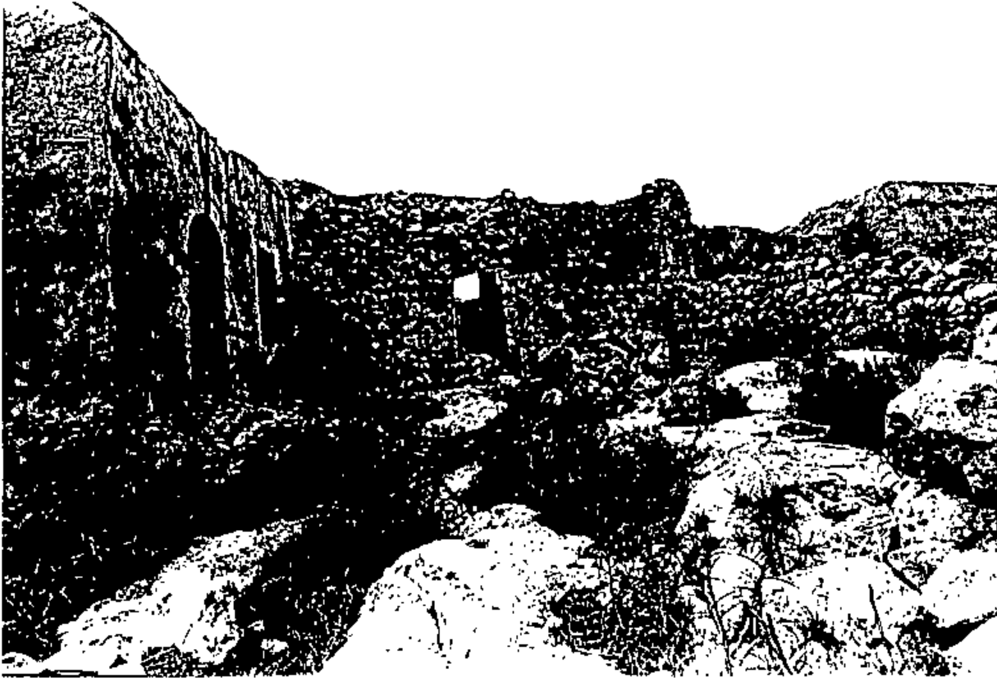
صورة رقم (٣)

احد الكهوف المنتشرة في سال والتي استخدمت سابقا كمساكن وعملت لها تقسيمات بواسطة القناطر والجدران وتستخدم حاليا كحظائر للماشية وحفر امتصاصية للبيوت الحديثة ٠

في مرحلة لاحقة ترك ابناء القرية الكهوف وسكنوا بيوتاً بنوها من الطين والتبن والحجارة. (انظر صوره رقم ٤) ومنذئذ اصبحت هذه الكهوف تستخدم لايواء الحيوانات،ومستودعات لخزن الاعلاف، وتم تحويل بعضها الى حفر امتصاصية للابنية الحديثة التي تم بناؤها بالقرب من الكهوف. فبيوت الطين التي انتقل اليها سكان القرية لم تكن في بداية الامر تخضع الى تقسيمات داخلية، وكانت تأوي المواطنين وحيواناتهم وادواتهم التي كانوا يستخدمونها في اعمال الزراعة .وقد كانت البيوت تبنى من مادة الطين الممزوج بالتبن، اما السقوف فتصنع من مادة القش والاخشاب الطويلة وفي بداية العشرينات من هذا القرن تم استبدال القش بالقصيب والخشب بالجسور الحديدية (انظر صوره رقم ٥) - التي جلبوها من مدينة حيفا في فلسطين - وكان سمك جدار البناء يبدأ بحوالي ٤٠ سم تقريباً - لتوفير العزل الحراري المطلوب - يتزايد سنوياً نتيجة اضافة طبقة من الطين في كل عام قبل فصل الشتاء حتي اصبحت بعض الجدران تصل سماكتها الى اكثر من ٧٠سم. (انظر صوره رقم ٦) وفي الفترة التي تم استخراج الشيد* فيها اصبحت البيوت تقصر وتدهن به من الداخل. وكان البناء يتم بشكل متلاصق، وهذا يعني اشتراك عدة بيوت في جدار واحد مما يوفر الكثير من المواد والجهد ويسهل عملية الدفاع عن النفس خاصة وان المنطقة كانت تتعرض لهجمات البدو في ذلك الوقت ،وكذلك فقد كان لهذا النمط من البناء علاقة بالبناء الاجتماعي لسكان القرية وعلاقة السكان بعضهم ببعضاً .

ويدل التاريخ الشفوي للقرية على انها بدأت بمرحلة بدائية تميزت باقتصاد الكفاف ، اي ان القرية كانت تنتج من المواد الزراعية ما يكفي حاجتها. وقد تطورت مساكن القرية لتؤدي العديد من الوظائف مثل : اقامة العائلة،و ايواء الحيوانات ،و خزن المحصول والاعلاف، وصناعة الخبز، وحفظ ادوات العمل. فاصبحت هناك تقسيمات داخلية بسيطة تتناسب مع طبيعة حياة السكان والاعمال التي كانوا يقومون بها . وهذه التقسيمات تضم : (الحوش) وفي داخله البيت (الغرفة) التي تقيم فيها العائلة واماكن ايواء الحيوانات (الخان او الخشش)

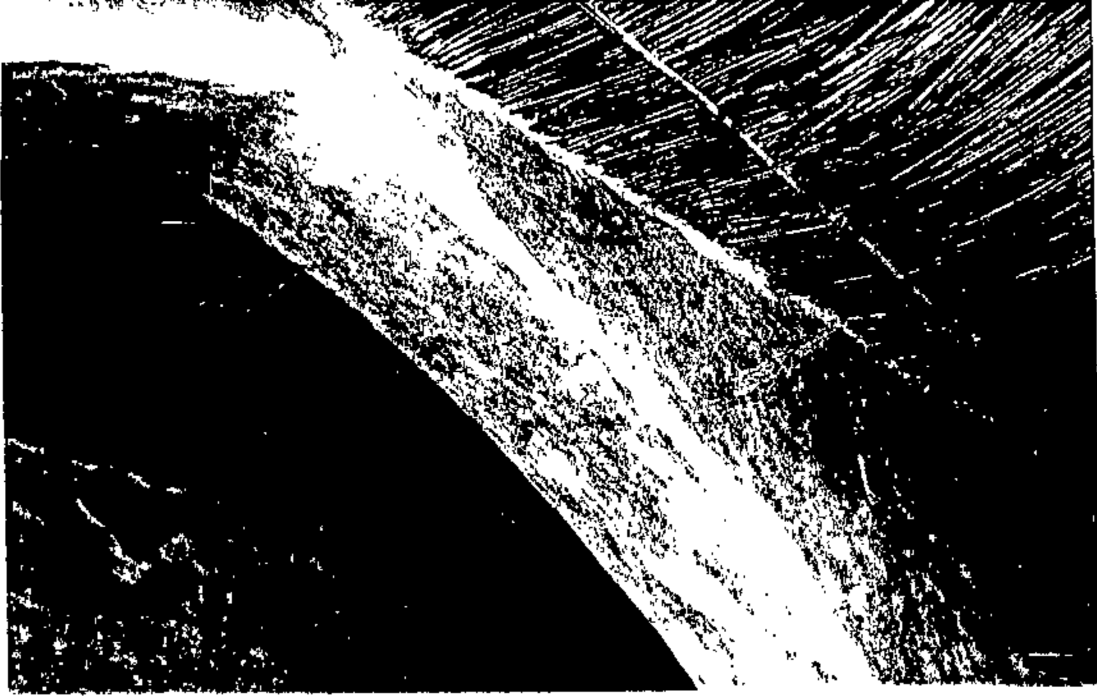
*الشيد : مادة تشبه الاسمنت كانت تستخرج من المحاجر (المقالع) الصخرية في منطقة الشلالة .

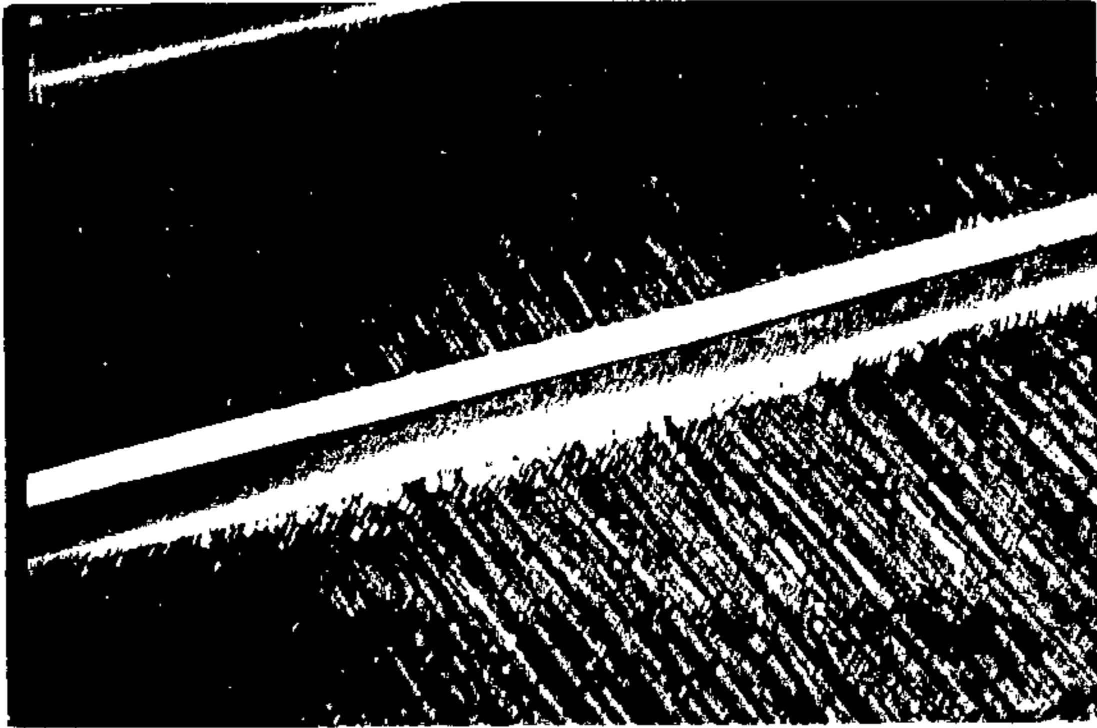




صورة رقم (٤)

بيت قديم مبني من الطين واخر حديث بنيا فوق مغارة





صورة رقم (٥)

نظام السقوف في البيوت حيث يبدو القصيب والقناطر والجسور



صورة رقم (٦)

بيت قديم من البيوت وتبدو فيه سماكة الجدران

واماكن تخزين المحصول (الكواير) التي كانت تبنى داخل البيت ملاصقة لاحد الجدران(انظر صوره رقم ٧) ، واماكن تخزين التبن (التبان) واماكن صنع الخبز (الطابون) واماكن نوم الرعيان (العريشة) واماكن استقبال الضيوف ونومهم ونوم الابناء غير المتزوجين (المضافة) وكانت هذه التقسيمات ترتبط بالواقع الاجتماعي والمادي لرب العائلة (الممتدة) فالمضافة مثلا كانت تقتصر على الوجهاء والميسورين وقد كانت تعمل صيانة سنوية لجميع المنازل قبل فصل الشتاء ، وكانت هذه الصيانة تعتبر من مهمة النساء ٠ فكانت النسوة يتجمعن ويقمن باضافة طبقة من الطين لجدران واسطح المنازل في القرية ٠

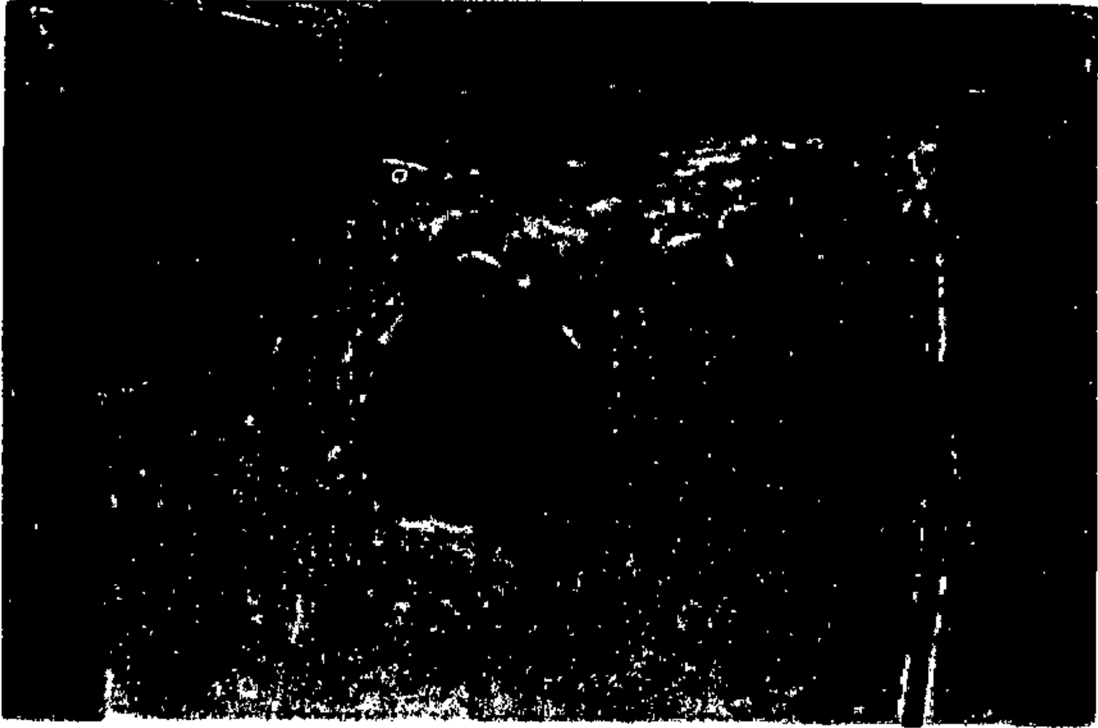
وتوضح الحالة التالية الكيفية التي كانت تتم بها اعمال الصيانة لمنازل القرية قبل فصل الشتاء من كل عام :

تقول الاخبارية (ح٠ن) : كنا نقوم بإحضار التراب والصفيرة(١) من منطقة الشلالة على ظهور الحيوانات (الحمير) وكنا نقوم بتنخيله وإضافة كمية كبيرة من الشطط (براز الحيوانات) والتبن اليه ونقوم بجبلها (مزجها) مع بعضها البعض بعد اضافة الماء اليها وكنا نستدعي جميع نساء الحارة (الحي) لمساعدتنا في تطيين منزلنا مقابل ان نقوم بمساعدتهن في تطيين منازلهن ٠

كانت تتجمع النساء وتساعد في عملية التطيين (اضافة طبقة من الطين الى المنازل) ٠ فكان الرجال يقومون بإحضار التبن ونشل الماء (اخراجه) من البئر وكنا نستخدم السلالم الخشبية لنرفع الطين بواسطتهاالى اسطح المنازل، حيث كانت اثنتين من النساء الكبيرات في السن يقمن برش اسطح وجدران المنازل بالماء ومن ثم تمد عليها طبقة من الطين

---

١ ـ الصفيره : مادة من الصخر الطري ٠



صورة رقم (٧)

بيت قديم من الداخل تبدو فية الكوارة اوما تبقى منها ملاصقة لاحد جدران البيت

المخلوط بالشطط والتبن ويقمن بتمليسها بأداة تسمى الحمامية(١) ٠ في حالة وجود اماكن مرتفعة يصعب الوصول اليها بواسطة السلم كالعلية(٢)، كانت تتم عملية ربط احدى النساء بوسطها بواسطة الحبال ويقوم الرجال بالامساك بالحبل من على السطح،وهي بدورها كانت تضيف الطين الى الجدران وتقوم بتمليسه ٠

بعد الانتهاء من عملية التطيين كنا نقوم بإعداد الطعام لجميع النساء اللواتي اشتركن في تطيين المنازل،وكنا نسمي هذا الطعام (طبيخ الطيانات وهذا الطعام كان عبارة عن البرغل المفلفل (مطبوخ) الذي يوضع في قدر كبير (طبق) ثم يشرب باللبن المطبوخ (المليحية) بعد اضافة السمن البلدي اليه٠وهذا الطعام كان يعد فقط في مناسبة التطيين لقاء القيام بهذه العملية ٠

وفي منتصف القرن العشرين حدث تغير في علاقات الانتاج مما أدى الى حدوث تطور في القرية،ونتج ذلك عن استقرار الدولة وتوسيع الخدمات والاقبال على التعليم،حيث اصبح هناك اتصال مع المدينة،واقيمت علاقات تجارية مع القرى المجاورة،وانخرط العديد من ابناء القرية بالوظائف الحكومية المدنية والعسكرية واصبح الابناء يذهبون الى المدارس للتعليم وخاصة بع انشاء مدرسة في القرية،مما ادى الى تقليص في الاقبال على العمل بالزراعة وتربية المواشي،كما صار هناك اقتصاد يمكن تسميته بالاقتصاد المعتمد على الوظيفة٠ونتيجة لهذه الظروف الاقتصادية الجديدة دخل القرية نظام البناء الحديث (الخرسانة والحديد)٠

---

١ ـ الحمامية : إناء مصنوع من النحاس صغير الحجم املس السطح كان يستعمل لطبخ الطعام

٢ ـ العلية : غرفه مبينة على غرفة اخرى،على غرار الطابق الثاني حالياً ٠ وكانت بيوت ميسوري الحال تحتوي على مثل هذا البناء ٠

بالرغم من وجود بعض المساكن القديمة التي مازالت مستخدمة ، فان الاتجاه في نمط البناء اصبح يميل نحو تعدد الغرف في المنزل الواحد والتي تخصص لاداء وظائف مختلفة، فتلاشت او كادت تلك البيوت التي تجمع عدداً من الاسر في وحدات مستقلة داخل حوش مشترك، وصار من الضروري الفصل مابين الجزء الخاص من البيت والجزء العام، فبرزت غرفة الضيوف كعنصر اساسي في المنزل،والحق بها مرحاض لاستخدام الضيوف(قد يكون داخلياً او خارجياً) وهي عادة تفرش باثاث خاص (اطقم الكنب او الفرش العربي) حسب مستوى معيشة الاسرة.كما واصبح المنزل يضم مطبخاً مستقلا و عدداً من غرف النوم: تخصص احداها للوالدين والبقية للابناء ويلحق بها حمام داخلي او اكثر لاستخدام اهل البيت .ومن مظاهر البناء الحديث في القرية بناء اكثر من طابق ، وبناء سور للمنزل، والالتزام بقوانين البناء المعمول بها في المملكة الاردنية والتي تشرف عليها البلدية في قرية سال، حيث اصبحت تراعى الارتدادات ،الامر الذي يجعل هناك فاصلا بين البيوت (التهوية).وهذا النمط في البناء ادى الى اتساع القرية وظهور احياء جديدة.

٤ ـ ٣ ـ الخدمات العامة :

يوضح عبدالجابر وآخرون (١٩٨٥ : ١٢) بان خطط التنمية تهدف الى توفير الخدمات الاساسية من تعليم ، صحة ، اسكان ، ملبس ، مأكل ، مياه ، كهرباء وطرق ....الخ بحيث تقدم هذه الخدمات بتكلفة يستطيع المواطن العادي ان يتحملها . اي ان التنمية تهدف الى توفير الخدمات الضرورية الى اقرب مكان من سكن المواطن .

٤ ـ ٣ ـ ١ ـ التعليم :

كان التعليم في فترة الحكم العثماني نادراً، واقتصر على مدارس نظامية محدودة العدد والمستوى وكان هدفها تخريج عدد قليل من المتعلمين ليقوموا بالوظائف الاداريه التي كانت تحتاج اليها الادارة (الاحصاءات العامة ١٩٨٤: ١١١).

ويوضح التل (١٩٨٩ : ٢٤) بان نظام التعليم في القرى الاردنية قبل ١٩٥٠ تميز بنظام التعليم التقليدي الذي كان سائداً أبان الحكم العثماني ، حيث كانت المدارس القروية عبارة عن مدارس صغيرة ملحقة بالمساجد المحلية يشرف عليها ائمة المساجد وكان التعليم فيها يقتصر على الامور الدينية (حفظ القرأن الكريم) والقراءة والكتابة وكانت تسمى هذه المدارس بالكتاتيب . وقد اوجز التل الوضع الذي كان عليه التعليم في الاردن قبل ١٩٥٠ بمايلي :

> بعد هزيمة الامبراطورية العثمانية واحتلال شرق الاردن من قبل القوات البريطانية في الحرب العالمية الاولى ، استمرت الاردن في تطبيق نظام التعليم العثماني . فقد استمرت المدارس الاردنية في تخريج الطلاب الذين لم يتمكنوا من الاستفادة من دراستهم سوى في الاعمال الكتابية في دوائر الدولة في الوقت الذي كانت فيه البلاد بحاجة ماسة الى مثقفين يعملون في اعمال البناء والهندسة والصحة وانتاج الغذاء والاعمار. وكان خريجو المدارس عاجزين عن تدريب اداريين حكوميين او فنيين يستطيعون زراعة الذرة او تأسيس صناعة الاكواخ للفلاحين او تشغيل مصنع بندورة او مصنع سكر او تصليح الة ميكانيكية او اقامة سد للمياه او ادارة جمعية تعاونية (التل ١٩٨٩ : ٥٧) .

فالكتاتيب الخاصة التي كانت منتشرة في القرى كان يقوم عليها أئمة يلبسون العمامة والجلباب (اللباس الاسلامي القديم) وكانوا يتقاضون الرواتب العينية (قمح،شعير،بصل،عدس،دجاج،جله) وفي القليل النادر الرواتب النقدية . وكانت هذه الكتاتيب تقام في بيوت الائمة. وكان التعليم يقتصر على القراءة والكتابة وتعلم القرآن الكريم. وكانت ادوات الكتابة قصيب يبرى من طرفه لتعليم الكتابة، والسناج (الشحبار) الذي كان يعلق بالطناجر من جراء اشعال النار تحتها فيجمع ويذاب بالماء ، وكانت القرطاسية عبارة عن لوح من الصفيح مساحتها حوالي ٣٥-٣٥ سم يكتب الامام عليها الحروف الهجائية عليها و يقوم

الطالب بحفظها من خلال ترديدها وراء الامام (عبيدات ١٩٨٤: ٢٥٩) ٠

اقتصرت المدارس في سال كما في باقي قرى المملكة في بداية القرن العشرين على الكتاتيب ٠ وقد ذكر لي اهالي القرية ان الشيخ ا٠خ ٠ن كان يقوم على تعليم ابناء القرية القراءة والكتابة وحفظ القران الكريم ٠ولم تكن ادوات الكتابة الحديثة متوفرة ٠ فقد استعمل ابناء القرية القصيب بدل من الاقلام والشحبار بدل من الحبر ، وبعد وفاة الشيخ (ا٠خ ٠ن) في الثلاثينات من هذاالقرن جاء الشيخ (ع٠ق) وبعد وفاته، قام ابنه (م ٠ ع٠ق) بتدريس ابناء القرية ،ثم تلاه الشيخ (م ٠ق) فالشيخ (ا٠ا٠ق) وكان هؤلاء جميعاً يتقاضون رواتب عينية ،مد ونصف (٣٠ كغم) من القمح كل سنة عن كل بيدر في القرية، كما وكان التلاميذ يأخذون في كل صباح البيض والخبز والجله والفحم لمعلمهم وكان هؤلاء المعلمون يقومون بالاشراف على المسجد واقامة الصلاة وخطبة الجمعة وتأبين الموتى ٠

وفي الاربعينات من هذا القرن ذهب ابناء القرية الى المدارس التي فتحت في القرى المجاورة وبخاصة في مدينة اربد٠ وذكر لي احد الاخباريين (مختاراً سابقاً) انه قام مع مختار حمولة اخرى عام ١٩٤٨م بكتابة مضبطة وراجعوا بها وزير المعارف انذاك الشيخ الشنقيطي الذي وافق على طلبهم وكلف السيد عمر فائق الشلبي(مدير المعارف في اربد انذاك) بالكشف على القرية ، وبعد ذلك تمت الموافقه على تأسيس مدرسة للذكور في القرية وطلب من السكان توفير المكان فتم استئجار غرفتين من عقار السيد محمد مصطفى الجرادات وبوشر التعليم في نفس العام٠ وفي عام ١٩٤٩ قام اهالي القرية بجمع مبلغ ١٥٠٠ دينار وقاموا ببناء مدرسة مكونة من سبع غرف صفية ٠

لقد ازداد الاهتمام بالتعليم في الاردن بشكل عام بعد تأسيس وزارة المعارف عام١٩٣٩م،وبشكل خاص بعد الاستقلال عام١٩٤٦م٠واصبح التعليم الزامياً عام ١٩٥٢م في المرحلتين الابتدائية والاعدادية (الاحصاءات العامة ١١١:١٩٨٤) ويؤكد التل(١٩٨٩: ١٢٦) الى ان الزامية التعليم جعلت الاقبال على التعليم يتزايد مما ادى الى زيادة في عدد الطلاب الذين دخلوا المدارس ، وتبع ذلك نمو شامل في التعليم الابتدائي والثانوي والمهني وتعليم الاناث٠ وقد فاق اقبال الطلبة على

التعليم الامكانات التي وفرتها الدولة، حيث ادى ذلك الى زيادة الطلب على تأسيس المدارس وتعليم الابناء. لذا تطور التعليم بشكل ملحوظ في قرية سال وتم تأسيس مدرسة ثانية عام ١٩٥٨ للاناث الى جانب مدرسة الذكور لتدرس ابناء القرية لغاية المرحلة الاساسية. وتم تأسيس مدرسة اخرى مختلطة عام ١٩٨٥ للصفوف الثلاثة الابتدائية الاولى. ونظراً لازدياد الاقبال على التعليم تطورت هذه المدارس فاصبحت اول مدرسة اسست في القريه تدرس لغاية الثاني الثانوي الادبي ومدرسة الاناث تدرس لغاية الثاني الثانوي الادبي. اما فيما يخص الفرع العلمي فطلبة هذا الفرع يذهبون الى مدينة اربد عند اختيارهم، غالباً الى مدرسة اربد الثانوية ، وتذهب اغلبية الطالبات الى مدرسة عين جالوت الثانوية فقط. بعد الثانوية العامة يتابع الراغبون بتكميل دراستهم ، تعليمهم في الجامعات او كليات المجتمع لتلقي العلوم المختلفة. (انظر الجدول رقم ٢) .

٤ ـ ٣ ـ ٢ ـ المـــاء

اعتمد سكان القرية اول الامر على مياه الامطار التي كانت تتجمع في بركة القرية في سقاية الحيوانات وانجاز الاعمال اليومية حيث كانت نساء القرية يتجمعن حولها ويقمن بغسل الاواني والملابس وفي بعض الاحيان كانت مياه البركة تكفي القريه وبعض القرى المجاورة،و بالاضافه الى البركة قام سكان القرية في فترة لاحقة بحفر الابار لجمع المياه واستعمالها وقت الحاجة، حيث كان لكل بيت بئر او اكثر. ويشير (التل ١٩٨٩:٥٢) نقلا عن اخرين الى ان المياه الصالحة للشرب كانت نادرة مما جعل مستوى الصحة العامة سيئاً فكانت نسبة انتشار الامراض عالية كالملاريا التي كانت منتشرة وتتواجد في اماكن المياه الراكده والمستنقعات.وبما ان المياه التي كانت تتجمع في الابار لم تكن نظيفة ويكثر فيها «الرشاد» ـ نوع من الطحالب اوالديدان ـ وذلك لكون المياه التي كانت تسقط في الابار تحمل معها روث الحيوانات (براز الحيوانات) فكان السكان يقومون بتعقيم هذه الابار بسكب كمية من السولار فيها. وبعد ذلك ازداد الوعي الصحي فاصبح السكان يملاؤون ابارهم من مياه الامطار التي تسقط على اسطح المنازل. وفي السنوات التي كانت تقل فيها مياه الامطار او حالة افتقار البيت لبئر كان اهالي القرية يجلبون المياه على ظهور الحيوانات

من الينابيع التي كانت موجودة في وادي الشلالة ومن عين راحوب ٠

واما شكل هذه الابار فكان يدعى «انجاصة» تشبيهاً بحبة الاجاص٠ وكانت تتم عملية طي(١) هذه الابار بعمل رصفة من الحجارة من المنطقة الصخرية الى فوهة البئر وذلك لمنع اي انهيار قد يحدث من جراء امتلاء البئر بالماء٠ وكذلك كان يتم صنع غطاء علوي للبئر يدعى بال «خرزة» ومادتها تصنع من الحجر الصلب٠ وعندما ظهر الاسمنت اصبحت تصنع من الاسمنت والحديد ٠ كما وكان يتم تشييد هذه الابار من الداخل بطبقة من الشيد لمنع اي تسرب للماء في الطبقة الصخرية ٠

استمر هذا الحال الى عام ١٩٦٥ ، حيث تقرر وتم توصيل المياه للقرية بواسطة الانابيب من شبكة التوزيع ، ربطت المنازل بهذه الشبكة التي تشرف عليها سلطة المياه في مدينة اربد ، واصبح المواطنون يحتفظون بالمياه في خزانات خاصة يضعونها على اسطح المنازل ٠

جدول رقم ٣ : توزيع افراد العينة حسب مصدر المياه

المصدر	التكرار	النسبة
الشبكه	٣٥	٣٥ %
بئـر	٧	٧ %
بئر و شبكه	٥٨	٥٨ %

١ ـ الطي: بناء ما يشبه الجدار بواسطة الحجارة من المنطقة الصخرية الى نهاية البئر من الاعلى وذلك لمنع انهيار التراب من الداخل وسقوطه في البئر ٠

وقد تمت دراسة توفر المياه الصالحة للاستخدام البشري في مجتمع الدراسة حيث تبين ان ٩٣% من افراد العينة تأتيهم مياه الشرب من خلال شبكة المياه و٧% فقط يستخدمون ابار الجمع. وهذه دلالة على وفرة المياه لجميع افراد العينة وسهولة الحصول عليها (جدول رقم ٤) .

ولدراسة التفاوت في نسبة استهلاك المياه تم اعتماد عدد الخزانات المتوفرة في المنزل الواحد حيث وجد ان ٩٧% من افراد العينة يمتلكون خزاناً واحداً فأكثر وهذا يعني ان نسبة قليلة (٣ %) من افراد العينة لا يمتلكون خزانات مياه على اسطح منازلهم لكونهم يعتمدون على المياه التي تتجمع في الابار لديهم (جدول رقم ٤)

جدول رقم ٤ توزيع افراد العينة حسب امتلاك خزانات المياه

نوع الخزان	التكرار	النسبة
لايوجد	٣	٣ %
خزان واحد	٣٨	٣٨%
خزانين	٤١	٤١%
ثلاثة خزانات	١٣	١٣%
اربعة خزانات فاكثر	٥	٥%
المجموع	١٠٠	١٠٠%

وللتأكد من سلامة مياه الشرب تم اعتماد دليلين : مدى بعد ابار الجمع عن الحفرة الامتصاصية ومدى احكام اغلاق الخزانات في المنزل بالنسبة للدليل الاول وجد ان نسبة الابار التي تبعد اكثر من ٢٠ متراً عن الحفرة الامتصاصية بلغت ٣و٣٢ % ٠ ويبدو ان السبب في قرب الحفر الامتصاصية من ابار الجمع هو محاولة الاستفادة من الكهوف المهجورة المتوفرة في التخلص من الفضلات السائلة بتحويلها الى حفر امتصاصية ٠ واما بالنسبة للدليل الثاني والتأكد من عدم تلوث المياه الموجودة في الخزانات من خلال دراسة مدى احكام اغلاق هذه الخزانات فتبين ان ٧٥ % من الخزانات الموجودة في المنازل مغلقة باحكام وهذا دليل على عدم امكانية تلوثها من البيئة الخارجية ٠

من هذا نستنتج ان قطاع المياه والمواطنين يشاركون الى جانب القطاع الصحي مشاركة فاعلة في رفع المستوى الصحي من حيث توفير المياه لاكبر قطاع من الناس والمحافظة عليها ولاتوجد مشكلة صحية بسبب المياه ٠

٤ ـ ٣ ـ ٣ ـ الكهربـــاء

استخدم سكان القرية متنوعات من الانارة في الليل ، فقد استخدموا «القمبور» (سراج الغولة) وهو يعمل على زيت الزيتون والفانوس(الضو) وكان يعرف بنمرته (ضو نمره ٣ او ٤ ٠٠الخ) واستخدموا الكاز لاشعاله ٠ اخبرنا كبار السن في القرية انهم كانوا يجلبون الكاز من حيفا في فلسطين وكانت (التنكة) تكفي لسنة كاملة واستمر الحال لنهاية الاربعينات ومن ثم استخدم(اللكس) في اضاءة المنازل وهو يعمل على الكاز ايضاً ٠وكانت هذه الوسيلة توضع في كوه (طاقه) في اعلى الجدار ٠ ومن لم يكن يملك وسيلة اضاءة في منزله كان يشعل الحطب او الفحم في المناسبات ٠

وتطورت الحياة في القرية، حيث تم استخدام لكس الغاز في السبعينات ٠ وعند تأسيس المجلس البلدي عام ١٩٨١ تم ايصال التيار الكهربائي للقرية ، كما تم تغذيتها من مولدات كهرباء اربد ، ويشترك الآن كافة

اصحاب المنازل بالتيار الكهربائي لانارة المنازل والشوارع وتستخدم الكهرباء للقيام بالكثير من الاعمال المنزلية والتجارية داخل القرية وبينما يدفع الاهالي بدل انارة البيوت فان انارة الشوارع على حساب البلدية ٠

٤ ـ ٣ ـ ٤ ـ البريد والهاتف :

تأسست في قرية سال شعبة بريد عام ١٩٦٢ ومن ثم تم تحويلها الى مكتب بريد لتقديم خدمات افضل للمواطنين في مجال البرق والبريد ، و تم ادخال الخدمة الهاتفية لها عام ١٩٨٨، واصبحت تغطي منازل المشتركين داخل القرية ، وتربطها بباقي مناطق المملكة ٠

٤ ـ ٣ ـ ٥ ـ المواصلات :

استخدم السكان في القديم في العشرينات ولغاية الثلاثينات من هذا القرن الدواب (الجمال والبغال والحمير والخيل) في تنقلاتهم الطويلة مابين العراق وسوريا وفلسطين وداخل الاردن وفي عام ١٩٣٠ دخلت القرية اول سيارة من خلال السيد موسى المفلح العبابنه ،وهي عبارة عن سيارة TRUCK استخدمها في نقل الركاب والمحاصيل والمواشي ٠ وفي عام ١٩٤٠ جلب السيد احمد الخطيب النصيرات سياره صغيره (TAXI) من نوع مرسيدس وكان يقوم بنقل الركاب من القرية الى مدينة اربد حيث كان يضع جنزير على العجلات في فصل الشتاء وذلك ليتفادى المشاكل التي قد تسببها الامطار على الطرق ، لكونها غير معبدة٠

وبعد عام ١٩٤٨ سكن القرية بعض النازحين الذين جاءوا من فلسطين المحتله وكانوا يملكون بعض السيارات ومن هؤلاء شحاده الطيراوي وعلي الطيراوي الذين استخدموا سيارتهم وسائل نقل ما بين سال وإربد ، ومن ثم قام سليم الاحمد وعلي محمود العبابنه وأمين العلي عام ١٩٥١ بشراء سيارات تكسي وبداوا ينقلون الركاب بواسطتها ما بين القرية واالمدينة ٠ وفي هذه الفترة كان

باص المغير اثناء مروره بالقرية في طريقه الى مدينة اربد يقل من يصادفه الى اربد وبالعكس ٠ وقام السيد محمد الحسن العبابنه من بشرى ويوسف العبابنه وفارس الصفوري من سال عام ١٩٥٢ بشراء باص وتملكوا خط (سال - اربد) وبقي الباص يعمل على الخط لغاية عام ١٩٥٥ ، وعندما تعطل الباص تنازلوا عن الخط الذي تملكه من بعدهم علي المحمود الرحيل العبابنه ،حيث تم شطب سيارات التكسي الصغيرة التي كانت تعمل على الخط واسس عدد من ابناء القرية شركة باصات عام ١٩٨١م ٠ التي اصبحت تنقل المواطنين من القرية الى مدينة اربد واليها باجر مقداره (٥٠) فلساً للراكب الواحد، وتعمل هذه الحافلات من الساعة السادسة صباحاً حتى السابعة مساء ٠

٤ - ٣ - ٦ - الجمعية الخيرية :

تأسست هذه الجمعية في القرية عام ١٩٨٢، وتضم روضة اطفال لصفوف البستان والتمهيدي - من هم دون سن الدراسة - كما وتضم مشغلا للخياطة، وتقوم الجمعية بتدريب الفتيات وخاصة الفقيرات منهن على اعمال الخياطة لتوفر لهن مصدر دخل ، كما وتقوم بعقد دورات لتعليم الفتيات الطباعة على الالة الكاتبة ، وتدير الجمعية هيئة ادارية تشرف على سير اعمالها وادارة شؤونها يتم اختيارها عن طريق الاقتراع ٠

٤ - ٣ - ٧ - النادي الرياضي :

تأسس النادي الرياضي في قرية سال عام ١٩٨٤، ويضم اضافة للفريق الرياضي ، فرقة للفنون الشعبية ، حيث بدأت هذه الفرقة المشاركة بالمناسبات العامة اعتباراً من صيف عام ١٩٩٠،فشاركت في مهرجان اربد الثقافي الاول الذي اقيم في الفترة ما بين ٢٣ - ٢٩ تشرين ثاني عام ١٩٩١ ٠ و لهذا النادي هيئة ادارية تشرف على ادراتة ،يتم اختيارها عن طريق الانتخابات التي تجري تحت اشراف وزارة الشباب ٠

٤ ـ ٣ ـ ٨ ـ المركز الصحي :

شعر ابناء قرية سال بالحاجة الى وجود مركز صحي في قريتهم ليتفادوا الكثير من الجهد والمعاناة من جراء مراجعتهم الاطباء في مدينة إربد ومستشفى ايدون العسكري . فاجتمع مخاتير القرية واعضاء المجلس البلدي عام ١٩٨٤ وقاموا بكتابة مضبطة راجعوا بها معالي وزير الصحة انذاك الدكتور زهير ملحس الذي وافق على طلبهم شريطة ان يوفروا المكان . فقامت البلدية باستئجار منزل احد ابناء القرية المكون من طابقين بمبلغ ٢٠٠٠ ديناراً سنوياً ، تم تخصيص الطابق الاول لمركز الامومة والطفولة والطابق الثاني للمركز الصحي وقامت الوزارة بتزويده بكادر طبي .

باشر المركز الصحي تقديم الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية للمواطنين في القرية عام ١٩٨٥ . واصبحت خدمات الامومة والطفولة تقدم من خلال المركز الصحي طيلة ايام الاسبوع . وانبثقت عنه لجنة لصحة المجتمع يرأسها رئيس البلدية وعضوية اعضاء المجلس البلدي وطبيب المركز الصحي والمراقب الصحي ومدراء المدارس في القرية ورئيس الجمعية الخيرية ورئيس النادي الرياضي . كما وانبثقت عن مركز الامومة والطفولة لجنة نسائية ترأسها القابلة القانونية والمساعدة وعدد من نساء القرية . وهدف هذه اللجنة متابعة الامهات الحوامل والاطفال دون سن المدرسة ، حيث اصبحت تقوم بزيارات منزلية من اجل تثقيف ربات البيوت .

كان يعمل في المركز الصحي طبيبان يغطيان المركز في القرية والمراكز المجاورة في حالة غياب الاطباء العاملين بها . بقي الحال هكذا لغاية عام ١٩٩١ حيث تم نقل احد اطباء المركز الى بلدة حواره وذلك لوجود نقص في عدد الاطباء العاملين في مديرية صحة اربد المشرفة على اعمال المراكز في المنطقة . اما الآن فيشتمل الكادر العامل في المركز الصحي على طبيب واحد ومراقب صحي واحد وقابلة قانونية ومساعدة ومساعد ممرض ومساعدة ممرضة ومساعدي صيادلة اثنان وكاتبة السجل وثلاثة مراسلين .

٥ ـ البناء الاجتماعي

٥ ـ ٠ ـ تمهيد

ان التطور في النظام الاقتصادي والاقبال على التعليم والالتحاق بالوظائف الحكومية (المدنية والعسكرية) والاعمال الحرة وتراجع في الاقبال على العمل بالزراعة رافقه تغير في التركيب الاجتماعي ، حيث تفككت العائلة الممتدة الى اسر نووية،وحدث تغير في العلاقات الاجتماعية داخل الاسرة. فاصبحت الاسرة هي المعنية بشؤونها. يتناول هذا الفصل الزواج والاسرة وما طرأ عليهما من تغير ومكان السكن والتنظيمات الاجتماعية الاوسع وذلك في محاولة لتتبع التركيب الاجتماعي في القرية وما حدث عليه من تغير.

٥ ـ ١ ـ الزواج

تُعرف مير (١٩٨١ : ٣٨٦) الزواج على انه رابطة بين رجل وأمرأة معترف بها اجتماعياً ، هذه الرابطة تمنحهما صفتي الزوج والزوجة والامومة والابوة بعد الانجاب . وتضيف مير بان الزواج نظام اجتماعي له اشكال مختلفة تختلف باختلاف الحضارات : احادي ، تعددي ، داخلي ، خارجي ، تبادلي ....الخ. وتقام قبل الزواج حفلات وطقوس لاضفاء الشرعية والقبول الاجتماعي عليه .

فالزواج يختلف باختلاف المجتمعات وقد يتواجد اكثر من نمط واحد من الزواج في المجتمع الواحد .ولكل نمط من انماط الزواج اسبابه. فيوضح ناصر(١٩٨٥: ١٣٣ ـ١٣٤) ان الزواج الاحادي هو نظام لايحق للمرأة فيه ان تتزوج باكثر من زوج ،وهذا النمط من الزواج لا يسمح بتعدد الازواج ولا الزوجات (الجمع بين الزوجات او الازواج) الا في بعض الحالات مثل وفاة احد

الزوجين او حالة الانفصال القانوني (الطلاق) حينئذ يسمح للزوج الذي يبقى على قيد الحياة او المطلق بالزواج للمرة الثانية ·في حين ان الزواج التعددي من وجهة ناصر هو نظام يحق فيه للزوج ان يتزوج باكثر من امراه والامر كذلك بالنسبة للمراة·ويحدد الدين الاسلامي عدد الزوجات باربعة ولا يحق للرجل ان يجمع اكثر من اربعة زوجات في وقت واحد واشترط في هذا الزواج ان يعدل الزوج بين زوجاته كما ولا يسمح للمرأة بالزواج بإكثر من رجل في آن واحد ·واما لطفي(١٩٨٢ : ١٠٤) من جانبه يوضح ان هناك العديد من الاسباب التي تجعل الناس في المجتمعات المختلفة تقبل على الزواج التعددي فعلى سبيل المثال قسوة الحياة في بعض المجتمعات تؤدي الى تناقص عدد الرجال البالغين مما يؤدي الى زواج تعددي ، وفي مجتمعات اخرى تكثر الاعمال التي تعهد للزوجة، وفي مجتمعات اخرى يتباهى الاغنياء بكثرة الزوجات، اضافة الى ذلك تكون الرغبة في الانجاب الدافع وراء الزواج التعددي وخاصة اذا كانت الزوجة الاولى عاقراً

واما فيما يتعلق بالزواج الخارجي والداخلي فتوضح مير(١٩٨١:٣٧٤-٣٧٥) بان الزواج الخارجي يقتضي ان يتزوج الرجل من خارج الجماعة التي ينتمي اليها وذلك وفقاً للقواعد التي تحرم الاتصال بالمحارم·اما الزواج الداخلي فيعني العكس تماماً ويكون الرجل فيه ملزماً بالزواج من الجماعة التي ينتمي اليها·

ويشير انطون (Antoun 1972 : 119 وعبيدات ١٩٨٥:١١٥) الى ان هناك نمط اخر من الزواج هو زواج البدل Exchange Marriage وكان شائعاً في الاردن وبشكل خاص في الريف·زواج البدل هذا كان يتم من خلال ان يقوم الرجل بتزويج اخته او ابنته الى رجل اخر مقابل ان يقوم الاخر بتزويجه اخته او ابنته·هذه المبادلة تلغي المهر الذي يدفع للزوجة ويقلل من تكاليف ومصاريف الزواج·فالزواج كان يتم بعقد شرعي بمهر اسمي لا قيمة له·وقد وجد انطون (Antoun 1972:130) في قرية كفرالماء انه في حالة عدم وجود اخت للرجل الذي يريد الزواج كان يبادل بابنة عمه مقابل ان يقوم والده بالتنازل عن جزء من املاكه لوالدها(اخيه) مقابل السماح لابن اخيه بالمبادلة·

فقد كان في قرية سال،يسبق الزواج العديد من الخطوات،حيث كانت عملية اختيار زوجة الابن تقع على عاتق والدته فلم يكن العريس يشاهد عروسه الا في ليلة العرس.فكانت والدته حين بحثها عن عروس تذهب الى بيت اهل العروس وتقوم بمعاينتها وتفحصها بطريقتها الخاصة واذا ما اعجبت بها تعود وتخبر والد العريس الذي بدوره يقوم بابلاغ المختار ووجهاء حمولته برغبته في خطبة ابنة فلان الى ابنه فلان ويأخذ جاهة لخطبتها رسمياً.

كانت الجاهة تذهب الى والد العروس الذي بدوره يقوم باستقبالها في منزله.ويبدأ بصب القهوة،فيشار الى الذي يصب القهوة بان يتوجه نحو كبير الجاهة فيعطيه الفنجان،وهذا الوجيه يقوم بوضع الفنجان امامه قائلا لمستقبل الجاهة«نحن جايين خطاب عروس لولدنا فلان نشرب قهوتناولا...!» فاذا اجاب «اشربوا قهوتكم على ما جئتم عليه»تدرك الجاهة بان الموافقة قد تحققت وفي هذه الحالة تجري مناقشة المهر وتوابعه ويكتب الكتاب وبذلك يكون الزواج قد اكتسب صفة شرعية،بعد ذلك يبدأ اهل العريس والعروس بتجهيز بيت الزوجيه وشراء الاثاث ويتم تحديد يوم العرس (الدخله) واما اذا اجاب «ابن عمها يريدها» تشرب الجاهة القهوة وتبارك لابن عمها.

فقد كان اهالي قرية سال يشجعون الزواج الداخلي وكانوا يتفاخرون بان الولد « خواله من عمامه » اي ان الرجل يتزوج إبنة عمه وكان من المتعارف عليه ان ابن العم « ينزل العروس عن ظهر الفرس » فقد جرت العادة ان يحجز ابن العم على ابنة عمه وكان هذا الحجز في بعض الاحيان يتجاوز الخمس سنوات . ولكن اذا ما اراد والد البنت ان يزوج ابنته لشاب اخر غير ابن اخيه فقد كان يرحل عن القرية لكي يتمكن من تزويجها دون ان يعترض ابن اخيه على هذا الزواج . وفي بعض الاحيان كان والد الفتاة يقوم باسترضاء ابن اخيه بمبلغ من المال او عدد من رؤوس الاغنام او الابقار لكي لايعترض على زواج ابنة عمه ، كما وكان لشباب القرية دور بالاعتراض على من يريد ان يتزوج بفتاة من خارج القرية ، وكان يقدم للشباب ذبيحة تدعى ذبيحة الشباب مقابل ان يسمحوا له بان يتزوج من ابنة قريتهم ، فياخذ الشباب ثمن الذبيحة ويقوموا باعطائها للعروس .

وهناك نمط اخر من الزواج كان سائداً في القرية هو زواج البدل هذا النوع من الزواج لا يتطلب الكثير من المصاريف ، وكان يتم بتزويج فتاه مقابل فتاه ، اي ان الاخ يبدل زوجته باخته . هذا النوع من الزواج كان له دور كبير في الحفاظ على ملكية الاراضي ، حيث ان الارض تبقى لنفس العائلة ولا تذهب للغير ، وكان ميسورو الحال يقومون بدفع مهر او ما كان يسمى « سياق العروس » ولما كانت النقود غير متوفره كان يتم دفع الارض والمحاصيل والماشيه مهراً للعروس وكان يتم الاتفاق على كمية المحصول واعداد الماشيه ودونمات الارض التي ستدفع مهراً - من خلال الجاهة التي تذهب لخطبة العروس - فعلى سبيل المثال دفع (م. س.ع) ستة دونمات ارض مهراً لزوجته . كان والد العروس يقبض المهر ثم يقوم بشراء حاجيات الزواج لابنته. فبعض سكان القرية كانوا يقومون بشراء جهاز العروس من دكان القرية ويقومون بتسديد ثمنه وقت البيدر . واما من كانت حالته المادية جيدة فكان يذهب الى مدينة اربد او الى الشام ليجهز لعروسه ، ومن امثلة الحاجيات التي كانوا يشترونها : سبت (صندوق كبير مزركش)، حطه ، دامر ، شرش ، عرجه ، شمبر ، ملابس داخليه وعدد من الفرشات والاغطيه والاطباق والمكافي وسراج . وكان هذا الجهاز يرسل الى بيت العروس قبل العرس بيوم . بحيث يعرض ويشاهده سكان القرية . وفيما بعد استبدل السبت بالخزانه والفرشات بالتخت المجوز .

والحالة التاليه توضح كيف قام الاهل باختيار زوجة ابنهم وما ترتب على ذلك من مشاكل :

> يقول احد الاخباريين(ع . م). قامت عائلة السيد(أ . ع) بخطبة فتاة من قرية الطره في قضاء الرمثا وكالعادة ذهبت والدته لمعاينة الفتاه ، وتقرير ما اذا كانت الفتاة تصلح زوجة لابنها ام لا والذي حصل هو ان قام اهل العروس بتقديم اخت الفتاة لوالدة العريس التي سرت بها كثيراً وتم ارسال جاهة لعائلتها وتمت الموافقة ، والذي حصل هو عندما جاء

المأذون لكتابة الكتاب تم عقد القران على فتاة غير التي شاهدتها والدة العريس·وتم زفافها الى السيد (أ·ع) وكون (أ) لم يشاهد عروسه من قبل فلم يعرف ذلك ، لانه لم يكن يعلم بان الفتاه التي تزوجها ليست هي تلك التي رأتها والدته في اول مرة · وفي اليوم التالي ادركت والدة (أ) بان الفتاه التي تزوجها ابنها ليست الفتاة التي شاهدتها في باديء الامر في الطره ، وتبين انها اختها ولكن (أ) ولكونه لم ير الفتاة ولا اختها قبل الزواج فلم يعبأ لذلك كثيراً واستمر في العيش مع زوجته وبقيت على ذمته وانجب منها ثلاثة ابناء ·

جدول رقم ٥ : توزيع افراد العينة حسب التعليم ونوع الزواج

التعليم	من الحموله	بنت العم	بنت عمته	بنت خاله	بنت خالته	لا قرابه	المجموع
امي	٧	٨	١	١	-	٢	١٩
مدرسة	١٩	١٣	٢	٣	١	١٢	٥٠
كلية	٥	١	١	١	٢	٧	١٧
جامعة	٤	-	١	١	-	٨	١٤
المجموع	٣٥	٢٢	٥	٦	٣	٢٩	١٠٠

بينت الدراسة ان هناك اربعة انماط من الزواج الداخلي والخارجي في قرية سال: الزواج من داخل العائلة ، الزواج من ابنة العم، الزواج من غير الاقارب، الزواج من العمومة والخؤولة المتقاطعة (Cross Cousin Marriage) حيث بلغت نسبة الذين تزوجوا من داخل العائلة* ٣٥ % والذين تزوجوا من ابنة العم ٢٢ % ومن تزوجوا من بنات العمومة والخؤولة المتقاطعة ١٤ % ومن تزوجوا من خارج العائلة ٢٩ % . (جدول ٥)

يلاحظ من جدول رقم ٥ انه لا يوجد فرق كبير بين الاميين الذين تزوجوا من داخل العائلة او ابنة العم (٨٧،٩ %) ومن مستواهم التعليمي لمرحلة المدرسة (٨٤ %) ممن تزوجوا من داخل العائلة او من ابنة العم . كما يوجد تقارب بين نسبة الحاصلين على دبلوم كلية مجتمع (٣٥،٣ %) والجامعين (٢٨،٦ %) ممن تزوجوا من داخل العائلة او بنت العم. ويلاحظ كذلك ان هنالك فرق كبير من حيث اختيار الزوجة ما بين الاميين ومرحلة المدرسة من جهة والحاصلون على دبلوم متوسط او جامعة من جهة اخرى حيث اشارت الدراسة الى ان هناك اقبال من الحاصلين على دبلوم متوسط او جامعة على الزواج الخارجي بعكس ما وجد عند الاميين ومرحلة المدرسة الذين يفضلون الزواج الداخلي .

ولمعرفة ما اذا كان التعليم فعلا يؤثر على الزواج تم استخراج قيمة الاحصائي كاي تربيع للتوزيع في الجدول (٥) فكانت قيمة X (٢٢،٥٨١) بدرجات حريه (١٥) وبمستوى الدلالة ٠،٠٩٣ وهذه القيمة غير دالة عند مستوى الدلالة (< ٠،٠٥) وتشير هذه النتيجة الى ان مستوى التعليم مستقل عن الزواج من العائلة ، او بنت العم، او العمومة والخؤولة او من غير الاقارب. وان العلاقة بين مستوى التعليم والزواج هي علاقة ضعيفة . وقد يكون السبب في الفارق ما بين اختيار الزوجة من قبل الاميين ومن تحصيلهم العلمي لمرحلة المدرسة

---

* : الجماعة القرابية . (الحمولة)

لمرحلة المدرسة من جهة والحاصلون على دبلوم متوسط او جامعة من جهة اخرى ولعل السبب يكمن في العلاقات الانتقائية التي تكونت ما بين هذه الفئات والاسر داخل القرية وخارجها وليس بسبب مستوى التعليم. وقد يعود السبب ايضاً الى ان الشباب اصبحوا يبحثون عن المرأه العاملة او انهم اصبحوا يختارون زوجاتهم من خلال التعرف عليهن في مكان العمل. وقد يكون كذلك قرار اختيار الزوجة متعلق بالاسرة ككل.

واما الان فان زواج البدل الذي كان شائعاً في الاردن قد تلاشى واختفى وذلك نتيجة للتغير الذي حصل في الظروف الاقتصادية والعادات والتقاليد في الزواج فاصبح الرجل يختار زوجته بملء حريته دون ان يقع تحت تأثير كبير العائلة او احد والديه وصار من حقه ان ينتقي عروسه قبل ان يكتب كتابه عليها وتغيرت عادات عدم رؤية الزوج لزوجته الا في ليلة العرس .

فالتطور في مجتمع قرية سال في جميع جوانبه واقبال الابناء على التعليم والوظائف التي اصبحوا يعملون بها بعد تخرجهم من الكليات والجامعات جعل الزواج مسألة فردية حيث اصبح هنالك ميلا نحو الزواج من غير الاقارب في مرحلة كلية المجتمع والجامعة. ويلاحظ كذلك ان هناك فرقاً كبيراً من حيث اختيار الزوجات ما بين الاميين ومرحلة المدرسة من جهة والحاصلين على دبلوم كلية مجتمع او جامعة حيث اشارت الدراسة ان هناك ميلا من قبل حملة الدبلوم المتوسط والجامعة يفوق ميل الاميين ومرحلة المدرسة الذين يفضلون الزواج الداخلي (جدول ٥) وتشير الدراسة الحالية كذلك الى ان الزواج في قرية سال يميل الى ان يكون من النمط الاحادي حيث وجدت نسبة ٢% فقط من افراد العينة تزوجوا من زوجة ثانية وذلك بعد وفاة زوجاتهم وانه لايوجد من يجمع بين اكثر من زوجة واحدة في وقت واحد.

جدول رقم ٦ : توزيع افراد العينة حسب العمر ونوع الزواج

الفئات العمرية	من الحموله	بنت العم	بنت عمة	بنت خال	بنت خالة	لا قرابة	المجموع
أقل من ٣٠	٩	٢	١	١	٢	١٠	٢٥ %
٣١ ـ ٣٥	٣	٢	٣	١	-	٥	١٤ %
٣٦ ـ ٤٠	١٠	١	-	١	١	٤	١٧ %
٤١ ـ ٤٥	٣	٢	-	١	-	٧	١٣ %
٤٦ ـ ٥٠	٣	٣	-	١	-	١	٨ %
٥١ فما فوق	٧	١٢	١	١	-	٢	٢٣ %
المجموع	٣٥	٢٢	٥	٦	٣	٢٩	١٠٠ %

يلاحظ من الجدول رقم ٦ ان٧١% من مجموع افراد العينة كان زواجهم من اقربائهم، من بينهم ٢٢% تزوجوا من ابنة العم و٣٥% من العائلة و١٤% من ابناء العمومة والخؤولة المتقاطعة، فيما بلغت نسبة من تزوجوا من غير اقربائهم٢٩% .

فالملاحظ هنا هو ان نسبة الذين تزوجوا من اقربائهم من الفئة العمرية ٣٥ فما دون بلغت ٦١،٥٣% كان بينهم ٣٠،٧٦% من العائلة ١٠،٢٥% من بنت العم و٢٠،٥١% من ابناء العمومة والخؤولة، في حين بلغت نسبة الذن تزوجوا من غير اقاربهم ٣٨،٤٦%. اما بالنسبة للفئة العمرية ٣٦ـ٤٥ يبدوا ان هناك اتجاهاً نحو الزواج الداخلي والخارجي معاً بنسب مختلفة وقد تكون هذه المرحلة بداية

الاتجاه نحو الزواج الخارجي. اما بالنسبة للفئة العمرية ٤٦ فما فوق فمن الملاحظ ان هناك تركيزاً في هذه الفئة على الزواج الداخلي حيث بلغت النسبة ٩٠،٣٢% كان من بينهم ٣٢،٢٥% من العائلة و٤٨،٤% من ابنة العم و٩،٦% زواج تقاطعي في حين بلغت نسبة من تزوجوا من غير اقاربهم ٩،٦% .

يستنتج من جدول ٦ ان الزواج الشائع بالنسبة للفئات العمرية ٤٦ فما فوق هو الزواج من العائلة و ابنة العم ولعل السبب يعود الى زواج البدل الذي كان سائداً في القرية تفادياً للتكاليف والمحافظة على ملكية الارض داخل العائلة. والملاحظ هنا انه كلما قل العمر اتجه ابناء القرية نحو الزواج الخارجي ولعل السبب يرجع الى التحاقهم بالكليات والجامعات التي قد تهيء لهم وظيفة بعد التخرج تدر عليهم دخلا مستقلا عن دخل الاسرة (التوجيه) او قد يعود الى انتقاء الزوجة العاملة لتساهم في سد تكاليف حاجات الاسرة.

ولمعرفة العلاقة بين العمر والزواج تم استخراج قيمة الاحصائي كاي تربيع للتوزيع في جدول رقم ٦ ، حيث كانت قيمة الاحصائي كاي تربيع (٥١،٦٥٤) بدرجات حريه ٢٥وبمستوى دلالة (< ٠،٠٠١) وهذه القيمة دالة احصائياً عند مستوى الدلالة (< ٠،٠٥) وتشير هذه النتيجة الى ان الزواج غير مستقل عن العمر، وتوجد علاقة بين العمر وطبيعة الزواج سواء من العائلة او بنت العم او من ابناء العمومة والخؤولة المتقاطعة او من غير الاقرباء .

٥ ـ ٢ ـ الاسرة

الاسرة كما يُعرفها ناصر (١٩٨٥ : ١٤٢) عبارة عن عضوين مرتبطين معاً في وحدة جنسية لا يسمح لها ان تكون غير معترف بها اجتماعياً، وهؤلاء العضوين مسؤولين عن تربية وتعليم ما ينجبون من اطفال ، اي بمعنى ان الاسرة : عبارة عن رجل وأمرأة يكونوا فريقاً اجتماعياً بعد الانجاب • يعيش اعضاء هذا الفريق معاً في مسكن واحد ويتعاونوا اقتصادياً • وتضيف مير (١٩٨١ : ٣٨٧ ـ ٣٨٨) بان الاسرة في ابسط اشكالها تتكون من الزوج والزوجة واولادهما وتتميز بالسكن في منزل واحد• وبمجرد تكوينها تقوم فيها العلاقتان القرابيتان : الابوة والاخوة إضافة الى العلاقة الزوجية• ومن جانبهم الغزوي واخرون (١٩٩٢ : ٢٢١-٢١٢) يوضحون بانه يقع على عاتق هذه الاسرة توفير حاجات الفرد البيولوجية والاجتماعية من حيث توفير الامن والاستقرار لافرادها، والمحافظة على استمراية المجتمع وذلك من خلال الانجاب وضبط العلاقات الاجتماعية من خلال ضبط وتنظيم سلوك افرادها•

تظهر نتائج الدراسة التي اجراها الزغل (١٩٨٩ : ٣٤) بان الاتجاه السائد في نمط الاسرة الاردنية هو النمط النووي اذ شكل مجموع الاسر النووية في العينة ٨٧،٣% بينما بلغ مجموع العائلات الممتدة * ١٢،٧% فقط وهذه النتائج تقترب من نتائج التعداد العام للسكان والمساكن لعام ١٩٧٩ في الضفة الشرقية من الاردن حيث بلغت نسبة هذا النمط ٨٢،٦% من مجموع الاسر الاردنية لذلك العام في حين شكل النمط الممتد ١٧،٤% فقط من ذلك المجموع وما تشير اليه الدراسة الحالية يتطابق مع دراسة كل من التعداد العام للسكان والمساكن والزغل،حيث بلغت الاسر النووية فيها ٨٩% والاسر التي يتواجد فيها بعض اقاربالزوجين بلغت ١١% وهذه دلالة على ان النمط السائد في قرية سال هو النمط النووي •

* العائلة الممتدة : هي التي يتواجد فيها الاب والام والابناء غير المتزوجين والمتزوجين وابنائهم والاخوات الارامل وابناء الاشقاء والشقيقات المتوفين والجد والجدة المسنين •

فالعائلة العربية تقليداً عائلة ممتدة ولكن الدراسات الميدانية اثبتت ان غالبية الزوجات اللواتي تزوجن في اواخر الستينات لم يسكن مع اهالي الزوج وكانت نسبتهن في عمان ٧٠% (بركات ١٩٩١: ١٩٤) ويبدو واضحاً من النسبة العالية للاسر النووية ٨٩% في قرية سال والتي تتطابق مع دراسة الزغل ١٩٨٩ ونتائج التعداد العام للسكان والمساكن ان النمط السائد في القرية هو الاسرة النووية حيث ان الشباب يتركون منزل اسرة التوجيه بعد الزواج ويسكنون في بيوت مستقلة. ويلاحظ ذلك من الارتفاع في عدد الاسر الذي وصل عام ١٩٩٢ الى ٧٠٠ اسرة حسب بطاقات التموين لدى بلدية سال اي بفارق مقداره ٣٨،٣% عما كان عليه عدد الاسر عام ١٩٧٩ .

تعود اسباب تفكك العائلة الممتدة التي كانت وحدة اجتماعية واقتصادية الى التوسع في نظام الخدمات وسيطرة الدولة على مختلف مرافق الحياة واتساع نطاق الوظائف. فقد كانت العائلة الممتدة وحدة انتاج واستهلاك في نفس الوقت، فهي المسؤولة عن تلبية مختلف الحاجات بما فيها التربوية والدينية والصحية. في الوقت الحاضر اصبحت الدولة والمؤسسات العامة مسؤولة عن تلبية هذه الحاجات ، ففتحت باب التوظيف وبذلك لم يعد اعتماد افراد العائلة اقصادياً على بعضهم البعض، وقد اضطرت الوظيفة الاسر للهجرة الى اماكن مختلفة داخل البلاد وخارجها. واصبح الافراد يتقاضون رواتب ويسكنون في شقق وبيوت مستقلة مما ادى الى تفكك النمط الممتد وحلول الاسرة النووية مكانها(بركات ١٩٩١: ١٧٨) .

ان حجم الاسرة في قرية سال في الوقت الحاضر اصبح اصغر مما كان عليه في السابق عندما كانت الزراعة الحرفه الرئيسة للسكان . وهذا يعني ان الاتجاه نحو الاسرة النووية جاء نتيجة للتغير في التركيبة الاقتصادية ، حيث انخراط الابناء في الوظائف واقبالهم على التعليم وتوسع قاعدة الخدمات التي تقدمها الدولة للقرية ادى الى استقلال الابناء والسكن في بيوت مستقلة وذلك لعدم وجود حاجة لتواجدهم في عائلات ممتده ، لان المهنة التي كانت تتطلب هذا التواجد (الزراعة) لم تعد محور الاقتصاد في القرية

جدول رقم ٧ : توزيع افراد العينة حسب الفئات العمرية لارباب الاسر وعدد أفراد الاسرة٠

الفئات العمرية	عدد افراد الاسرة الواحده								المجموع
	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩ فأكثر	
أقل من ٣٠	١	٤	١٠	٣	٥	٢	-	-	٢٥ %
٣١ ـ ٣٥	-	-	١	٣	١	١	٣	٥	١٤ %
٣٦ ـ ٤٠	-	-	١	-	٤	١	١	١٠	١٧ %
٤١ ـ ٤٥	-	-	-	-	١	١	-	١١	١٣ %
٤٦ ـ ٥٠	-	-	-	١	-	-	١	٦	٨ %
٥١ فما فوق	١	١	١	٢	٤	١	٢	١١	٢٣ %
المجموع	٢	٥	١٣	٩	١٥	٦	٧	٤٣	١٠٠ %

ما تمتاز به الاسر في عينة الدراسة،ان ثلث هذه الاسر يضم عشر افراد فأكثر، منها ١٩ اسرة تقع ضمن الفئة العمرية (٣٦ـ٤٥) ، في حين ان الاسر في الفئة العمرية (٣١ـ٣٥) تضم اربعة افراد فأكثر ويتوزع عدد افراد الاسر ما بين ٤ـ٩ افراد فاكثر فيما تضم الفئة العمرية (٣٠ فما دون) من ٢ـ٧ افراد بحيث تشكل هذه الفئة ٢٧،٣% من مجموع افراد العينة و٢٥% من اسر العينة٠ وتركزت النسبة في اربع افراد للاسرة الواحدة (٣١،١%) من مجموع افراد العينة ٠

بشكل عام يمكن القول ان عدد افراد الاسرة يزداد بإزدياد الفئة العمرية حيث من الملاحظ ان الفئة العمرية (٣٠ فما دون) يوجد بها اسرة واحدة عدد افرادها اثنين ويرجع ذلك الى بداية زواج وتشكيل اسرة٠ امالفئات (٣١ـ٣٥) الى(٤٦ـ٥٠) فلا توجد بهااسر تحتوي على ٢ـ٣ افراد٠ وعند النظر الى الفئة العمرية (٥١ فما فوق) يلاحظ ان عدد افراد الاسرة يبدأ بالتناقص وقد يكون ذلك بسبب زواج الابناء وترك السكن في بيت اسرة التوجيه ٠(جدول ٧) ٠

ولمعرفة العلاقة بين العمر وعدد افراد الاسرة تم استخراج قيمة الاحصائي كاي تربيع للتوزيع في جدول رقم ٧ ، حيث بلغت قيمة كاي تربيع (٧٥،٣٦٤) بدرجات حريه (٤٠) وبمستوى دلالة (< ٠،٠٠١) وهذه القيمة دالة احصائياً عند مستوى الدلالة (<٠،٠٥) •وتشير هذه النتيجة الى ان عدد افراد الاسرة غير مستقل عن العمر• وتوجد علاقة بين العمر وعدد افراد الاسرة •

جدول رقم ٨ : توزيع افراد العينة حسب المهنة لارباب الاسر وعدد افراد الاسرة •

المهنة	عدد افراد الاسرة الواحده								المجموع
	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩ فأكثر	
موظف	١	٣	٧	٦	٨	٤	٤	١٤	٤٧
عسكري	-	١	١	١	٢	٢	١	١٣	٢١
تاجر	-	١	٢	-	-	-	-	٦	٩
مزارع	-	-	١	٢	-	-	١	٦	١٠
عامل	١	-	-	-	٤	-	-	١	٦
سائق	-	-	٢	-	١	-	١	٣	٧

يلاحظ من جدول رقم ٨ ان فئة الموظفين والعسكرين اى ذوى الدخل الثابت الذين يبلغ عدد افراد اسرهم «٧» فاقل ٣٦ (٥٢،٩%) بينما في باقي الفئات بلغت نسبة عدد الاسر التي تضم «٧» فاقل (٤٣ر٧%) • ولكن الملاحظ هنا ان هناك نسبة عالية من المزارعين ٥٠% والعسكرين ٤٧،٦% عدد افراد اسرهم ٩ فأكثر• وقد يكون السبب في ذلك التشابه في المستوى التعليمي والدخل لافراد المهنتين• كما لوحظ ان ٢٩ اسره من اسر الموظفين ٦١،٧% احتوت على «٧» افراد فاقل، وبالمقارنه مع اسر العسكريين التي بلغت ٣٣،٣% تبين ان حجم اسر الموظفين اقل من حجم اسر العسكريين وقد يكون السبب ان التحصيل العلمي للموظفين اعلى منه عند العسكريين حيث ان بعض الوظائف تتطلب مؤهلا علميا معينااو ان زوجات الموظفين عاملات ولا يرغبن في المزيد من الانجاب لعدم وجود من يرعاهم•

ولمعرفة العلاقة بين المهنة وعدد افراد الاسرة تم استخراج قيمة الاحصائي كاي تربيع للتوزيع في جدول رقم ٨ حيث بلغت (٤٧،٩١٧) بدرجات حريه (٤٠) وبمستوى دلالة (< ٠،١٨٢) وهذه القيمة غير دالة احصائياً عند مستوى الدلالة (< ٠،٠٥) وهذه النتيجة تشير الى ان المهنة مستقلة عن عدد افراد الاسرة وانه لا توجد علاقة بين المهنة وعدد افراد الاسرة.

جدول رقم ٩ : توزيع افراد العينة حسب المستوى التعليمي .

المستوى التعليمي	عدد افراد الاسرة الواحده								المجموع
	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩ فأكثر	
امي	-	-	٢	٣	٤	-	٢	٨	١٩
مدرسة	٢	١	٦	٣	٣	٣	٤	٢٨	٥٠
كلية	-	١	٣	٢	٦	٢	-	٣	١٧
جامعة	-	٣	٢	١	٣	١	١	٣	١٤

وتبين النتائج ان نسبة الامين الذين عدد افراد اسرهم يزيد عن (٧) بلغت (٥٢،٦%) و في مرحلة المدرسه بلغت نسبتهم (٦٤ %) في حين بلغت في من مؤهلهم دبلوم متوسط (١٧،٦%) والجامعة (٢١،٤ %) . ولا يوجد فرق كبير بين عدد افراد اسر الامين وبين من مؤهلهم لمرحلة المدرسة ولا بين الدبلوم المتوسط وبين الجامعيين. الملاحظ انه هناك تذبذباً في عدد افراد الاسر في جميع المستويات ولايوجد ارتفاع او انخفاض منتظم في نسبة عدد افراد الاسر لجميع المستويات التعليمية ، ولا نستطيع القول انه كلما ازداد التعليم قل عدد افراد الاسرة او ازداد (جدول رقم ٩) .

ولمعرفة العلاقة بين التعليم وعدد افراد الاسرة تم استخراج قيمة الاحصائي كاي تربيع للتوزيع في جدول رقم ٩ حيث بلغت قيمة كاي تربيع (٣٢،٠٧٦) بدرجات حريه (٢٤) وبمستوى دلالة (< ٠،١٢٥) وهذه القيمة غير دالة احصائياً عند مستوى الدلالة(<٠،٠٥) وتشير هذه النتيجة الى ان عدد افراد الاسرة مستقل عن متغير التعليم وان العلاقة بينهما ضعيفة .

توضح الدراسة الحالية ان مجموع الاسر التي لا يزيد عدد افرادها على سبعة افراد ٥٠% والاسر التي لا يزيد عدد افرادها على عشرة افراد ٢٨% والاسر التي يزيد عدد افرادها على عشرة افراد ٢٢% ويمكن ان نستنتج من ذلك ان حجم الاسرة في قرية سال يميل الى ان يكون من النوع المتوسط، حيث بلغ معدل عدد افرادها ٧،٦٣% وهذا الى حد ما يتفق مع معدل عدد افراد الاسرة الاردنية

وتشير الدراسة الى انه بالرغم من ان الاسرة في قرية سال نووية الا انه لم تزل هناك علاقة ما بين افراد الاسرة النووية والاقارب في اسرة التوجيه الذين لا يوجد من يرعاهم وخاصة الاب والام والاخوان غير المتزوجين، حيث بلغت نسبتهم ١١%٠ وهذه العلاقة توضح نوعاً من الالتزام الذي يقع على عاتق الاسرة النووية تجاه اسرة التوجيه ولعل السبب كما يوضح خيري (١٩٨٥ : ٢١٢) يكمن في عدم وجود دور لرعاية هؤلاء الناس مما جعلهم يلجأون الى السكن مع ابنائهم ليحصلوا على الرعاية الاجتماعية اللازمة٠

ان التغير في مجتمع القرية والمدينة في جميع جوانبه رافقه تغير في العلاقات داخل الاسرة وذلك من جراء انخراط الابناء في الوظائف والتحاقهم في المدارس والجامعات٠ وبالرغم من احتفاظ الرجل بمكانة مميزة داخل الاسرة سواء في الريف او المدن، الا انه اصبح هناك ميلا نحو اشراك الزوجة والابناء في عملية اتخاذ القرارات المتعلقة بشؤون الاسرة٠ فقد وضح خيري في دراسة ميدانية عن الاسرة الاردنية بانه وجد في عمان ٩٦،٢% من النساء العاملات (المبحوثات) يشاركن ازواجهن باتخاذ القرارات في الاسرة، بينما ٣،٨% فقط من النساء اوضحن بان ازواجهن يمارسون اتجاهات تسلطيه، واوضحت الدراسة بان اتخاذ القرارات يبدو شديد الوضوح في مجالات محددة مثل زواج الابناء واختيار مكان السكن٠ ويشير خيري بان اتخاذ القرارات واضح كذلك في الريف الاردني ، ففي دراسته عن قرى محافظة الكرك تبين بان المراة الريفية تشارك باتخاذ قرارات معينة، وخاصة تلك التي تتعلق بزواج الابناء والبنات وشراء ادوات المنزل يضيف خيري بانه كلما ارتفع مستوى الزوج التعليمي كلما ازدادت ديمقراطيته وعلى هذا الاساس اتسع نطاق اتخاذ القرارت الاسرية ليشمل الابناء وخاصة فيما يتعلق في اختيار المهن وشريك الحياة (خيري ١٩٨٥ : ٢٠٢ ـ ٢٠٣) ٠

٥ ـ ٣ ـ مكان السكن

ترتب على الاسرة النووية السكن المستقل فأصبحت العلاقات الداخلية تقتصر على الزوج والزوجة والاولاد واصبح تشكيل الاسرة النووية واضحا في حالات الزواج والانفصال عن اسرة التوجيه والسكن في بيت مستقل٠فالشباب أصبحوا يتركون منزل اسرة التوجيه ويسكنون في بيوت مستقلة عنها٠ وبما ان الابناء يعملون في الوظائف العسكرية والمدنية والاعمال التجارية الحرة التي تهيء لهم دخلا فقد صاروا يميلون الى بناء بيت الزوجية قبل الزواج حيث يقوم الاب بمنح ابنه قطعة ارض من الاراضي التي يملكها في الاحياء التابعة للقرية ليقوم بعملية البناء واحيانا يقومون باستئجار بيت مستقل ٠فقد بينت الدراسة ان ٩٧% من مجموعالاسر تسكن في بيت مستقل ويمكن استنتاج ذلك من الاحياء التي تم اعمارها في القرية ومن اتساع رقعتها عما كانت عليه في السابق٠

يلا حظ من(جدول رقم ١٠) ان معظم افرادالعينة يمتلكون منازلا حديثة البناء(٨٢%) وتتوزع هذه النسبة على جميع الفئات العمرية٠ ويلاحظ ان نسبة قليلة بقيت تستعمل البناء القديم ٣% وتنحصر هذه النسبة في الفئات العمرية (٣٠ فما دون) و (٥١ فما فوق)٠ وقد يعود السبب الى ان بعض ابناء الفئة العمرية ٣٠ فما دون قد بقيت تسكن في نفس البيت القديم بعد الزواج حيث اشارت الدراسة الى ان ٣% من افراد العينة لا زالوا يسكنون في بيوت مشتركة٠ كما ويلاحظ ان هناك نسبة ١٥% من افراد العينة تمتلك بيوتا تجمع بين القديم والحديث ولعل هذه المرحلة انتقالية نحو الحديث٠

يدل (الجدول رقم ١٠) على ان هناك اتجاه نحو البناء الحديث،فهناك ٨٥% من افراد العينة يمتلكون منازلا بثلاثة حجرات أو اكثر بينها ٦٤% يمتلكون منازلا تحتوي على ٣ـ٤ حجرات وتتوزع هذه النسبة على منازل جميع الفئات العمرية٠ وكذلك تتوزع نسبة من يمتلكون خمس حجرات فاكثر (٢١%) على جميع الفئات العمرية٠

جدول رقم (١٠) توزيع افراد العينة حسب العمر ونوع البناء وعدد الحجرات وحجرات النوم والمراحيض

العمر	نوع البناء			عدد حجرات المنزل					عدد حجرات النوم في المنزل				عدد الحمامات في المنزل			
	امي	قديم	قديم+ حديث	حجرتان	٣حجرات	٤حجرات	٥حجرات	٦فاكثر	حجرة واحده	حجرتان	٣حجرات	٤حجرات	حمام واحد	حمامان	٣حمامات	٤حمامات
اقل من ٣٠	٢١	٢	٢	٦	٨	٩	٢	-	٩	١١	٥	-	١١	١٤	-	-
٣١-٣٥	١٢	-	٢	١	٦	٣	٣	١	٤	٧	٣	-	٥	٩	-	-
٣٦-٤٠	١٤	-	٣	٤	٨	٢	٢	١	١	١٠	٦	-	٧	١١	-	-
٤١-٤٥	١٣	-	-	١	٤	١	٥	٢	٢	١	٨	٢	٣	٩	١	١
	٦	-	٢	-	٢	٤	١	١	-	٣	٣	٢	٢	٦	-	-
٥١ فما فوق	١٦	١	٦	٣	١٢	٥	٢	١	٣	١١	٦	٣	٨	١٢	٢	١
المجموع	٨٢	٣	١٥	١٥	٤٠	٢٤	١٥	٦	١٩	٤٣	٣١	٧	٣٥	٦٠	٣	٢

يلاحظ ان نسبة الذين تحتوي منازلهم على حجرة واحدة للنوم في المنزل الواحد ١٩% وقد يكون السبب قلة الدخل،حيث بلغت نسبة الذين دخلهم اقل من ١٢٠ دينار ويمتلكون غرفة نوم واحدة ٧% (جدول رقم ١٢) او قد يكون صغر حجم الاسرة حيث بلغت نسبة الاسر التي يقل عدد افرادها عن خمسه ١٨% او قد يكون حجم البيت صغيرا، حيث بلغت نسبة من يملكون بيتا يحتوي على اقل من ثلاثة حجرات ١٤% في حين ان النسبة الكبرى ٨١% يملكون بيوتا بحجرتي نوم فاكثر٠ (جدول رقم ١٠)٠ وما يلاحظ من الجدول كذلك ان الحمامات متوفرة في جميع منازل الفئات العمرية وبلغت نسبة البيوت التي تحتوي على حمامين فاكثر ٦٥% ويعود هذا الى الوعي الصحي والتعليم وحجم الاسرة٠

ولمعرفة العلاقة بين العمر ونوع البناء وعدد حجرات المنزل وعدد حجرات النوم وعدد الحمامات استخرج الاحصائي كاي تربيع مع كل من : متغير نوع البناء ، عدد الحجرات في المنزل وعدد حجرات النوم وعدد الحمامات للتوزيع في (الجدول رقم ١٠) ٠ والجدول التالي يبين نتائج كاي تربيع :

جدول رقم١١ : يبين نتائج كاي تربيع بين متغير العمر مع كل من :

المتغير	قيمة كاي تربيع	درجة الحرية	مستوى الدلالة
نوع البناء	١٤،٠٠٤	١٠	٠،١٧٣
عدد الحجرات في المنزل	٢٣،٨٧٥	٢٠	٠،٢٤٨
عدد حجرات النوم	٢٨،٩٧٩	١٥	٠،٠١٦
عدد الحمامات في المنزل	١١،١١٢	١٥	٠،٧٤٥

جدول رقم (١٢) توزيع افراد العينة حسب الدخل ونوع البناء وعدد الحجرات وحجرات النوم والمراحيض

الدخل	نوع البناء			عدد حجرات المنزل					عدد حجرات النوم في المنزل				عدد الحمامات في المنزل			
	حديث	قديم	قديم+ حديث	حجرتان	٣حجرات	٤حجرات	٥حجرات	٦فاكثر	حجرة واحده	حجرتان	٣حجرات	٤حجرات	حمام واحد	حمامان	٣حمامات	٤حمامات
اقل من ١٢٠	٣٠	٢	٢	٤	١٧	٨	٤	١	٧	١١	١٥	١	١٢	٢٢	-	-
١٤٠-١٢١	١١	-	٢	٤	٦	٣	-	-	٥	٦	٢	-	٦	٧	-	-
١٦٠-١٤٠	٧	-	٢	٢	٢	٢	٢	١	١	٤	٢	٢	٣	٦	-	-
١٨٠-١٦١	٨	١	٢	١	٣	٣	٢	٢	١	٨	٢	-	٤	٨	-	-
١٨١ فما فوق	٢٦	-	٧	٤	١٢	٨	٧	٢	٤	١٤	٣	١	٩	١٨	٣	٢
المجموع	٨٢	٣	١٥	١٥	٤٠	٢٤	١٥	٦	١٨	٤٣	٢٤	٤	٣٤	٦١	٣	٢

يلاحظ من(جدول ١١) بأن متغير عدد حجرات النوم غير مستقل عن العمر حيث كانت قيمة كاي تربيع دالة احصائياً عند مستوى الدلالة(< ٠،٠٠٥) بينما نوع البناء وعدد حجرات المنزل وعدد الحمامات مستقلة عن متغير العمر وكانت قيمة كاي تربيع غير دالة احصائياً، والعلاقة بينها وبين متغير العمر ضعيفة ٠

ويلاحظ من (الجدول رقم ١٢) ان الغالب على نوعية البناء هو الحديث حيث بلغت نسبته ٨٢ % ولا يوجد فرق واضح بين المنازل في القرية من حيث نوع البناء و عدد حجرات المنزل والحمامات في فئات الدخل المختلفة ٠ وهذا التشابه واضح في عدد حجرات منازل الذين دخلهم اقل من ١٢٠ و ١٨١ فما فوق فنسبة المنازل التي تحتوي على ٢ـ٣ حجرات في فئة الذين دخلهم ١٨١ فما فوق ٦٠% و ٧٣% في منازل الذين دخلهم اقل من ١٢٠ ٠ وكذلك هناك تشابه بالنسبة لهاتين الفئتين في عدد حمامات المنزل حيث بلغت ٦٤% للفئة التي دخلها اقل من ١٢٠ و ٦٩،٦% للفئة التي دخلها اكثر من ١٨١ في حين يلاحظ ازدياد عدد الحجرات المخصصة للنوم في المنزل بازدياد دخل الاسرة حيث بلغت نسبة الذين تحتوي بيوتهم على غرفتين نوم من ذوى الدخل اقل من ١٢٠(٣٣،٣٣%) والذين دخلهم ١٢١ـ١٦٠(٤٥،٤٥ %) والذين دخلهم ١٦١ فما فوق (٦٦،٦٦%)٠وقد تكون هذه العلاقة غير دقيقة حيث ان غرف النوم هذه قد تستخدم لاغراض اخرى مثل المعيشة والاكل واستقبال الضيوف باضافة للنوم ٠

ولمعرفة العلاقة بين الدخل وكل من نوع البناء وعدد حجرات المنزل وعدد حجرات النوم وعدد الحمامات استخرج الاحصائي كاي تربيع مع كل من : متغير نوع البناء ، عدد الحجرات في المنزل وعدد حجرات النوم وعدد الحمامات للتوزيع في(الجدول رقم١٢)٠والجدول التالي يبن نتائج كاي تربيع :

جدول رقم ١٣ : يبين نتائج كاي تربيع بين متغير الدخل مع كل من :

المتغير	قيمة كاي تربيع	درجة الحرية	مستوى الدلالة
نوع البناء	٦،٢٧٣	٨	٠،٦١٧
عدد الحجرات في المنزل	١٣،٢٩٨	٢٠	٠،٦٥١
عدد حجرات النوم	٢١،٧٨٨	١٥	٠،٠٤٠
عدد الحمامات في المنزل	١١،٩٤٩	١٢	٠،٤٥٠

يلاحظ من جدول ١٣ بأن متغير الدخل غير مستقل عن عدد حجرات النوم في المنزل حيث كانت قيمة كاي تربيع بينهما دالة احصائياً عند مستوى الدلالة(< ٠،٠٥) بينما متغير الدخل مستقل عن نوع البناء وعدد حجرات المنزل وعدد الحمامات حيث كانت قيم كاي تربيع غير دالة احصائياً عند مستوى الدلالة(< ٠،٠٥)

ولعل السبب يعود الى التقارب في الدخل الحقيقي حيث ان السكان يعتبرون ان الدخل ما يقبض نقداً (الراتب) ، بينما قد يكون مصدر الدخل الراتب وناتج الارض وما يحصلون عليه من تربية المواشي والطيور في المنزل ٠

وبالنظر الى(جدول رقم ١٤) نلاحظ ان هناك تشابهاً في حجم البيت من حيث عدد الحجرات وعدد حجرات النوم وعدد الحمامات في المنازل بين الفئات المختلفة ،ولكن يلاحظ انه كلما إرتفع المستوى التعليم لافراد العينة كلما اصبح هنالك اتجاه نحو البناء الحديث، فكانت نسبة الاميين الذين بيوتهم من النوع الحديث ٤٧،٣٧% ونسبة البناء الحديث لدى من مستواهم التعليمي لمرحلة المدرسة ٨٨،٠٠ % في حين بلغت نسبة البناء الحديث لدى من تحصليهم العلمي دبلوم متوسط او جامعة ٩٣،٥٤ %٠ مما يدل على تأثر التعليم على نوع البناء ٠

جدول رقم (١٤) توزيع افراد العينة حسب التعليم ونوع البناء وعدد الحجرات وحجرات النوم والمراحيض

التعليم	نوع البناء			عدد حجرات المنزل					عدد حجرات النوم في المنزل				عدد الحمامات في المنزل			
	حديث	قديم	قديم+ حديث	حجرتات	٣حجرات	٤حجرات	٥حجرات	٦فاكثر	حجرة واحده	حجرتان	٣حجرات	٤حجرات	حمام واحد	حمامان	٣حمامات	٤حمامات
لا يقراء ولا يكتب	٩	٢	٨	٤	٦	٥	٢	٢	٢	١٠	٥	٢	٦	١١	١	١
مرحلة المدرسة	٤٤	١	٥	٨	٢٦	٩	٦	١	١٠	١٨	١٩	٣	٢٠	٢٩	١	-
كليـة	٠٦	-	١	٢	٤	٨	٢	١	٢	١١	٣	١	٥	١١	-	١
جامعـة	١٣	-	١	١	٤	٢	٥	٢	٣	٧	٣	١	٣	١٠	١	-
المجموع	٨٢	٣	١٥	١٥	٤٥	٢٤	١٥	٦	١٧	٤٦	٣٠	٧	٢٤	٦١	٣	٢

ولمعرفة العلاقة بين التعليم وكل من نوع البناء وعدد حجرات المنزل وعدد حجرات النوم وعدد الحمامات استخرج الاحصائي كاي تربيع بين التعليم وكل من : متغير نوع البناء ، عدد الحجرات في المنزل وعدد حجرات النوم وعدد الحمامات للتوزيع في(الجدول رقم ١٤)٠ والجدول التالي يبن نتائج كاي تربيع :

جدول رقم(١٥) يبن نتائج كاي تربيع بين متغير التعليم مع كل من :

المتغير	قيمة كاي تربيع	درجة الحرية	مستوى الدلالة
نوع البناء	١٩،٧٢٠	٦	٠،٠٠٣
عدد الحجرات في المنزل	١٨،٣١٠	٢٠	٠،١٠٧
عدد حجرات النوم	٦،٥٧٩	٩	٠،٦٨١
عدد الحمامات في المنزل	٤،٦٨٨	٩	٠،٨٦١

يلاحظ من جدول ١٥ بأن متغير نوع البناء غير مستقل عن التعليم حيث كانت قيمة كاي تربيع دالة احصائياً عند مستوى الدلالة(< ٠،٠٥) بينما متغير التعليم مستقل عن عدد حجرات المنزل وعدد حجرات النوم وعدد الحمامات حيث كانت قيمة كاي تربيع غير دالة احصائياً عند مستوى الدلالة (< ٠،٠٥)

٥ ـ ٤ ـ التنظيمات الاجتماعية الاوسع :

يرى الاخرس (١٩٨١: ١٠٠) ان الوحدات القرابية التي تتكون منها الحمولة (العائلات الممتدة) تنتشر في المجتمعات التي تسود فيها الزراعة كاساس للانتاج بينما تنتشر الوحدات الاعلى من الحمولة في مجتمعات البداوة التي تجمع بينها روابط الدم وتسلسل تصاعدياً حتى مستوى القبيلة. والقبيلة من وجهة نظره تعتبر اعلى درجة في سلم القرابة ، وتتكون من عدد من العشائر. ثم تليها العشيرة التي تنقسم الى بطون. والبطن ينقسم الى وحدات اصغر تدعى بالافخاذ وهذه الافخاذ تنقسم كذلك الى وحدات اصغر منها تدعى بالحمائل التي بدورها تنقسم الى وحدات تدعى بالعائلات الممتدة .

٥ ـ ٤ ـ ١ ـ العائلة الممتدة :

يوضح الاخرس (١٩٨١ : ١٠٠) ان العائلة العربية تقليدياً تتكون من الاب والام والابناء غير المتزوجين والمتزوجين واطفالهم وزوجاتهم وقد يتواجد معهم اخت الاب الارملة او والده او والدته او ابناء اشقائه وشقيقاته الايتام وهؤلاء جميعاً يسكنون في بيت واحد . وهذا النوع من العائلة ينطبق على مجتمع القرية والمدينة اما بالنسبة للبدو الذين يعتمدون على الرعي وبشكل اقل على الزراعة فان العائلة تتألف من الزوج وزوجته وابنائهم غير المتزوجين فقط ولكن هناك علاقات متينة مع العائلات التي تعيش في خيام متقاربه . ويضيف خيري (١٩٨٥ : ١٨٥) بان السكن والالتزامات المتبادلة تعتبر شروطاً اساسية لقيام هذه العائلة حيث ان الحياة الاقتصادية في الريف تستدعي وجود عدداً كبيراً من الافراد لاستغلال الارض وإنتاج ما يكفي من الحاجيات .

٥ ـ ٤ ـ ٢ ـ الربعة :

الربعة من وجهة نظر العبادي (١٩٨٥ : ١٦١ ـ ١٦٤) وحدة اجتماعية يلتقي افرادها بالجد الرابع وهؤلاء الافراد يعرفون بعضهم بعضاً معرفة جيدة. والربعة هي بمثابة العائلة الممتدة المركبة يتواجد فيها الجد الاول وابنائه واحفاده واحفاد ابناؤه ولا يشترط فيهم ان يعيشوا في سكن مشترك (بيت واحد) ولكن تكون بيوتهم في موقع واحد ومتقاربة.والربعة تعرف كذلك بالعزوة.

٥ ـ ٤ ـ ٣ ـ الخمسة :

ان الصفة المميزة للتركيب الاجتماعي في المجتمع القبلي هي نظام «الخمسة » وهي التي تمد المجتمع بالانماط الاساسية للروابط العشائرية في تنظيم الوحدات الاجتماعية وعلاقتها وتشمل « الخمسة » الاقارب من الاب الذين هم في دائرة الجد الخامس او الدرجة الخامسة من القرابة. اذ يحمل النظام في طيه ابعاداً اجتماعية واقتصادية، اضافة الى الابعاد القانونية والقضائية، فيما يتعلق بالخصومات وقضايا الثأر والمصالحة، وكل من هم ضمن دائرة الخمسة لهم نفس الحقوق المتعلقة بالثأر سواء كانوا مطالبين او طالبين بمعنى انهم مسؤولون عن كل سلوك يقوم به اي فرد من دائرة الخمسة مادياً ومعنوياً (ابوجابر : ١٩٧٩ : ٥٢) . والخمسة كما يوضحها العبادي ترمز الى الرقم خمسه الذي يعبر عن القوة وذلك من خلال استخدام الاصابع في اليد للتمكن من السيطرة على السلاح واستخدامه بشكل جيد . فالخنصر يرمز الى الجيل الحالي ، ويشكل كل اصبع جيلا والابهام يعبر عن الجد الذي يجمع بين افراد الخمسه وينتسبون اليه (العبادي ١٩٨٥ : ١٦٥ ـ ١٦٦) .

٥ ـ ٤ ـ ٤ ـ الحمولة :

يبين خيري (١٩٨٥ : ١٨٥) ان الحمولة تتكون من عدد من الافراد والاسر الذين يرتبطون بالتزامات متبادلة (اجتماعية ، اقتصادية ، سياسية) ولا توجد ضرورة لان يجتمع افراد الحمولة في سكن واحد مشترك ولكن قد يتوزعون على عدد من الاحياء في القرية او المدينة ٠ والحمولة تربط الوحدات القرابية بخط نسب مشترك ٠ ويضيف العبادي (١٩٨٥ : ١٧٨) ان المصطلح حمولة يعني احياناً العشيرة كلها حيث يكون اعضاؤها متضامنين متكافلين في كل ما يترتب عليها من التزامات : الغزو ، القتل ، الثأر ، تقسيم الاراضي ، الغنائم ، والاعتداء ٠ واحياناً اخرى يقصد بالحمولة الخمسة ٠

٥ ـ ٤ ـ ٥ ـ الفخذ :

يشير سيمور- سميث (Seymour - Smith 1986 : 131) الى ان مصطلح الفخذ يعبر عن حمولتين ابوية النسب او اكثر تترابط بخط نسب الى سلف غير معروف ٠ وعلى العكس من ذلك يذهب انطون (Antoun 1972 : 69) الى ان الفخذ اصغر من الحمولة ويتكون من مجموعة من الافراد والعائلات ٠ والحمولة من وجهة نظره تجمع بين افراد الافخاذ في قرى معينة بخط نسب مشترك يعزز فيهم الالتزام تجاه بعضهم البعض ٠

٥ ـ ٤ ـ ٦ ـ العشيرة :

يرى العبادي (١٩٨٥ : ١٨٧) ان العشيرة وحدة قرابية يلتقي افرادها بالجد التاسع او العاشر٠ والعشرة يعبر عنها البدو بالعنان والرمح اي ان العنان يحتاج الى خمسة اصابع للامساك به جيداً وكذلك الامر بالنسبة للرمح ، ولهذا دلالة حربية هدفها توفير الامن والطمئنانية والدفاع عن حقوقهم ٠ ومن جانبه يرى انطون (Antoun 1972 : 185 - 186) الى ان العشيرة تضم عدداً من الاسر

النووية والعائلات الممتدة والحمايل التي تنتمي الى سلف واحد غالباً ما يكون اسطورياً او افتراضياً والهدف من ذلك هو ربط الافراد بالتزامات متبادلة من خلال الاعتقاد بالانحدار من سلف واحد مشترك ٠

٥ ـ ٤ ـ ٧ ـ القبيلة :

القبيلة كما يشير اليها العبادي (١٩٨٥ : ١٩٢) عبارة عن مجموعة من العشائر التي تزيد عن عشرة وتشكل حلفاً قد يصل اعداده الى الملايين والقبيلة كما يرها خيري (١٩٨٥ : ١٨٦) اكبر وحدة قرابية في المجتمع العربي ٠ وتقوم القبيلة على انتساب عدد من العشائر الى سلف اسطوري او افتراضي ، غالباً ما تحاط بشخصية الاساطير٠ ولا يشترط في القبيلة السكن المشترك بين افرادها وتعتبر كل عشيرة داخل القبيلة مستقلة نسبياً في تنظيم حياتها ولكنها تكون ملتزمة بولائها الاسمي الى القبيلة ٠

٥ ـ ٤ ـ ٨ ـ الحمائل في قرية سال :

يتمحور التركيب الاجتماعي في قرية سال حول جماعات تطلق على نفسها اسم (الحمولة) ، ومن خلال هذه الحمولة يتم تحديد علاقات الانحدار وانساق القرابة ٠ وعبر انماط الزواج ترتبط الحمولة بعضها ببعض وبالحمائل الاخرى داخل القرية وخارجها ٠

تكتفي الجماعات في قرية سال بتأطير نفسها ضمن ما يطلق عليه اسم حمولة ، ولا تنتمي الى عشائر أكبر ، باستثناء العبابنه والجرادات ٠ والحمولة في هذه الحاله لاتنبثق عن تنظيمات عشائرية خاضعة لمجموعة قوانين تحدد طبيعة العلاقات القائمة ما بين الافراد من خلالها ٠ وعبر الحمولة ايضاً يتم تحديد انتماءات الافراد والوحدات المنزلية ، خاصة في حالة تعرضهم للغرباء

داخل القرية وخارجها · في قرية سال احدى عشرة جماعة قرابية تطلق على نفسها اسم حمولة وهذه الجماعات هي : العبابنه ، الجرادات ، الصفافره ، اللوابنه ، الشلبيه ، الخرابشه ، النصيرات ، الكردي ، البطاينه ، والفرج · وتقسم الحمولة في بعض الحالات الى اجزاء يحمل كل جزء اسم خاص به ،يعرف بالدار فالعبابنه ينقسمون الى : دار السمعان ، اسليم ، ارحيل ، حسين · والجرادات ينقسمون الى دار ذيب و عمر واحياناً يطلق افراد الدار على انفسهم اسم الفخذ· وقد اشتقت الاسماء من الجد الذي ينحدر منه كل فخذ ·

فالسكان في قرية سال يستعملون التعبير« عائلة » للدلالة على الحمولة ويستخدمون التعبير« الدار» للدلالة على الفخذ فما يسمى بالدار عبارة عن مجموعة من الافراد والاسر الذين يمكن تتبع خط انحدارهم الى شخص واحد ، ولايسكنون في سكن مشترك ويتوزعون على مختلف احياء القرية · والعلاقة بين هؤلاء الناس تعرف بنظام الخمسة الذي اشرنا اليه والذي يسميه Antoun) (58 : 1972 باللزوم (Luzum) وهذا يعني ان افراد الفخذ الواحد يعتبرون انفسهم ملزمين ببعضهم بعضاً ضمن نطاق فخذهم وتربطهم بالافخاذ الاخرى علاقات نسب مشتركة تنحدر الى سلف واحد والفخذ مع الافخاذ الاخرى يشكل الحمولة· كما وتوجد هناك علاقة نسب ما بين افراد الفخذ في قرية سال وبعض الافخاذ الاخرى في القرى المجاورة (بشرى ، القصفة ، الخريبه) · فالفخذ يعتبر الوحدة القرابية الشائعة في قرية سال واحياناً يطلق على الفخذ اسم الحمولة ولتمييزالافخاذ من بعضها قامت بعض الافخاذ بإنتداب ممثل لها فترتب على ذلك وجود اربعة مخاتير تمثل افخاذ العبابنه (فخذ ارحيل ، السمعان ، الحسين ، السليم) وواحد يمثل الجرادات (فخذ ذيب ، وعمر) واخر يمثل الخرابشه · والفخذ في قرية سال اكبر من الوحدة المنزلية ـ مجموعة من الافراد والاسر القاطنة في بيت واحد ـ واصغر من الحمولة · وبرزت المضافات كعامل مميز لهذه الافخاذ : فهناك مضافة الجرادات ، مضافة إسليم ، مضافة إرحيل ومضافة السمعان ، واما بالنسبه لفخذ حسين فانهم في الوقت الحاضر يجمعون مبالغ ماليه لاقامة مضافة خاصة بفرعهم · ويبرز دور هذه المضافات في المناسبات العامة (الاعراس ، الوفاة والصلحات) والخاصة بكل فخذ ·

يجمع كبار السن على ان الحمائل الموجودة في قرية سال قد جاءت من مناطق مختلفة من الاردن وفلسطين وسكنت القرية على فترات متعاقبة • فبعضها له جذور في فلسطين وبعضها في القرى المجاورة وفي جنوب الاردن• •

وتختلف هذه الحمائل من حيث البنية والتركيب والنشأة في القرية وباختلاف ظروف قدومها • فبعضها جاء الى القرية على شكل جماعات وبعضها الاخر جاء على شكل افراد عملوا فيها وتزوج من اهلها وشكلوا ما يسمى الآن بالحمولة والبعض من الحمائل يرجع نسبه الى جد واحد كما هو الحال عند العبابنه والجرادات ويمكن ان نعرف جماعة الانحدار كما هي في القرية بانها: مجموعة من الافراد الذين يتصلون ويرتبطون بعضهم ببعض بواسطة الجد الاكبر ويستطيعون تتبع خطوط انحدارهم الى ذلك الجد •

---

٣ - يشير اللوابنه الى انهم اول من سكن القرية في منتصف القرن التاسع عشر قبل مجئ العبابنه والجرادات اليها ، وكانت تسمى أنذاك بخربة اللوابنه • جاء اللوابنه من بلدة لوبيا في فلسطين هرباً من الخدمة في الجيش العثماني • وبعد فترة قصيرة عاد اللوابنه الى لوبيا (مسقط رأسهم الاول) وبقي منهم رجل واحد يدعى علي •والذي تزوج من العبابنه عند قدومهم الى القرية ، حيث رزق بابناء اثنين " علي وسحوم " واللوابنه الموجدين حالياً في القرية هم احفاد هذين الاثنين •

٤ - كما هو الحال عند الصفافره واللوابنه جاء جد الشلبيه من بلدة اكسال في فلسطين المحتلة من قضاء الناصره في منتصف القرن التاسع عشر وتزوج من العبابنه وخلف اربعة ابناء • والشلبيه الموجودون في القرية يعودون بنسبهم الى هؤلاء الابناء الاربعة •

٥ - يعود تاريخ قدوم النصيرات الى القرية الى بداية القرن العشرين ١٩١٢م • ويعودون بنسبهم الى عشيرة النصيرات المتواجدة خارج سال في بلدة الحصن وهم في الاصل من قبيلة الروله التي خرجت من تيماء لقتلهم رجلا هناك • وفي عام ١٩٥٥م رحل بعضهم (ابناء احمد وابناء هويدي) وبقي البعض الاخر في القرية • وفي عام ١٩٦٥م رحل ابناء عبدالله النصيرات الى مدينة اربد ولم يبقى سوى ابناء مصطفى النصيرات والبعض من ابناء هويدي في القرية •

٦ - يعود وجود الاكراد في القريه الى بداية القرن العشرين ١٩١٢م • وجاء جدهم " عمر خموش " من سوريا بمفرده وتزوج امرأة من العبابنه أنجبت له ثلاثة ابناء وهم يعودون بنسبهم اليه •

"فالمجموعات السكانية في قرية سال تستخدم المصطلح حمولة للتعبير عن الفخذ والحمولة في آن واحد واحياناً يستخدم الفخذ والحمولة من قبل الاخرين للتعرف على غيرهم من المجموعات السكانية واحياناً اخرى يستخدم السكان مصطلح الحمولة وخاصة عند مقابلتهم للغرباء (خارج القرية) للدلالة على الافخاذ المتواجدة خارج القرية مثال على ذلك العبابنة المتواجدين في الخربة والقصفة والجرادات المتواجدين في قرية بشرى ٠٠٠٠٠٠٠الخ ، ولايوجد في القرية من يستخدم مصطلح القبيلة ولكن في بعض الاحيان يستخدمون مصطلح العشيرة للدلالة على الحمولة ٠ ويؤكد ابوجابر (١٩٧٩ : ٣٣) ان العلاقات القرابية في المجتمع الاردني ما تزال متينة ، فالعائله الكبرى (الحمولة) هي التي ينتمي لها الاردني ويعتز بها ويقدم ولاءه اليها ، ولا تزال الصفة المميزة للعائلة الاردنية هي استمرار الانماط الاساسية للروابط العشائرية في تنظيم العائلة وعلاقاتها ٠

---

٧ ـ جاء جد آل الفرج من الضفة الغربية من بلدة ميعار بحثاً عن العمل وذلك في بداية القرن العشرين اي حوالي عام ١٩٢٠ وعمل عند العبابنه ومن ثم اشترى ارضاً منهم واستقر في القرية ، وتزوج من العبابنه وخلف محمد واحمد الذي يعود الفرج بنسبهم اليهم وفي عام ١٩٥٠ م رحل بعضهم الى مدينة اربد والبعض الاخر لم يزل يسكن القريه ٠

٨ ـ قدم جد الخرابشه من بلدة عين جنا في عجلون في بداية هذا القرن طلباً للعمل ، وعمل عند السيد مفلح العمر الجرادات وبعد ذلك تزوج امرأة من اللوابنه واشترى جدهم ارضاً من العبابنه ، وكهفاً بمبلغ خمسة عشر ديناراً من رجل يدعى متعب الهزاع الخريشا ويدعى الان بكهف الخرابشه واقام في القرية ، وخلف ما يسمى الان بحمولة الخرابشه ٠ وفي عام ١٩٩٠م قام افراد حمولة الخرابشه بمختترة احد ابنائها (السيد كمال احمد سليمان الخرابشه) عليهم وبذلك يكون الخرابشه الحموله الوحيده بعد العبابنه والجرادات لهم مختاراً يمثلهم ٠ ويعتبر الخرابشه انفسهم فرعاً من الخرابشه الموجودين حالياً في عين جنا ٠

٩ ـ قدم جد البطاينة (علي البطيني) من قرية حكما على اثر خلاف عائلي في منتصف القرن التاسع عشر ، وسكن شرقي تل سال ٠ والبطاينة يعودون بنسبهم الى جدهم علي البطيني الذي انجب ولدين (محمود و يوسف) ٠ اما يوسف فلم يكتب له الانجاب بينما رزق محمود ثلاثة ابناء : محمد ، عبدالله ، وعبدالمجيد ، والبطاينه الموجودين حالياً من ذريتهم ٠

٦ ـ البناء السياسي والاقتصادي

٦ ـ ٠ ـ تمهيد

كانت الزراعة الحرفة الرئيسة لابناء القرية الامر الذي استدعي وجود اعداد كبيرة من الناس في عائلات ممتدة تمركزت السلطة فيها بيد الكبار في السن. وكان هؤلاء الكبار يقومون بتقسيم العمل على بقية افراد العائلة . واما السلطة السياسية في القرية فقد تمحورت حول المختار الذي كان يمثل جهتين مختلفتين في آن واحد(الحمولة والدولة).

في الخمسينات والستينات من هذا القرن حدثت تغيرات جذرية في الانشطة الاقتصادية انعكست على مختلف نواحي الحياة، فطرأ تغير على التركيب السياسي (السلطة البوية والمختار) والاقتصادي. وهذا الفصل يستعرض التطور الذي حدث على البناء السياسي والاقتصادي من جراء انخراط الابناء في الوظائف الحكومية (المدنية والعسكرية) والاقبال على التعليم والاعمال الحرة والتراجع في الاقبال على العمل في الزراعة ودخول المؤسسات الخدمية الى مجتمع القرية.

٦ ـ ١ ـ البناء السياسي

٦ ـ ١ ـ ١ ـ السلطة الابوية :

كانت العائلة الممتدة وحدة الانتاج القادرة على توفير متطلبات افرادها الحياتية . وكانت تتمتع بالاكتفاء الذاتي . اضافة لذلك كان يقع على عاتقها توفير الحماية لافرادها(كالدفاع عن النفس والرعاية والعناية الصحية) وذلك لغياب المؤسسات البيروقراطية كالشرطة والمحاكم والصحة

والمستشفيات٠٠٠٠٠الخ ، (خيري ١٩٨٥ : ٢١٣)٠ فالاوضاع الاقتصادية والمهنية التي سادت في تلك الفترة تطلبت وجود عدد كبير من الافراد للعمل في الزراعة مما ادى الى نشوء هذه العائلة ، ولغياب السلطة التي كان يفترض ان تؤمن العدالة فقد تعاضد افرادها وادت السلطة الابوية فيها الى التماسك الداخلي والتلاحم مع الفروع (بركات ١٩٩١ : ٩٦) ٠

كانت السلطة السياسية وادارة العائلة في القرية تتمحور حول كبار السن ، وذلك لكونهم يملكون الارض التي كانت وسيلة العيش٠ فكان كل افراد العائلة يخضعون لتقسيم عمل يحدده الكبار (الرجل والمرأه) الرجل كان يحدد الاعمال التي يجب ان يقوم بها الذكور ، والمرأة كانت تحدد واجبات النساء اليومية داخل الوحدة المنزلية، وكان الرجل هو المسيطر على العائلة باكملها ، فالعائلة العربية بشكل عام كانت تعرف بانها ذكورية تتمركز السلطة فيها بيد الرجل الكبير ،حيث كان الرجل يحكم المرأة، والكبير يحكم الصغير، والام تحكم البنات، والاب يحكم الجميع، وفي المحصلة ينتج قرار واحد بشأن العائلة والاقتصاد العائلي (برغوثي ١٩٨٤ : ٣٥) ٠

ولما كانت الارض مصدر الرزق الرئيس فقد حافظ سكان سال على مليكتها بالرغم من صغر حجمها، وكان ذلك بمنع الاناث من اخذ نصيبهن فيها،حيث كان يعاب على المرأة اخذ حقها في الميراث من الارض بعد وفاة والدها،وعليها ان تتنازل عن كافة حقوقها لاخوانها وكانت تكرم عند تنازلها بشراء ثوب(شرش) لها، واستمرار اخوانها في زيارتها في المناسبات٠وهذه الارض هي التي منحت السلطة لمالكها،فتمحور الجميع حولها وكانوا ينفذون ما يطلب الكبير اذا ما اصدر امراً فلن يجرؤ احد على مخالفته ولو كان الامر شخصياً بحتاً، فكان الرجل يقرر ممن ستتزوج ابنته وممن سيتزوج ابنه،وحتى ابسط امور العائلة كالطبخ مثلاً كانت المرأة الكبيرة تقرر ما يجب ان يطبخ يومياً كماً ونوعاً،كما تتولى عملية تخزين المحصول والمواد الغذائيه الاخرى،فاحتفظت بصندوق كان يدعى"السبت" تقوم على تخزين الزيت والسمن فيه وتحتفظ بمفاتيحه بعنقها لكي لا يستخدمه غيرها٠لقد كان الرجل يقوم بتوزيع الاعمال اليومية على الرجال الموجودين في الوحدة المنزلية،والمرأة على النساء ومن يحاول الاعتراض فانه يهدد بالطرد والحرمان وخاصة زوجة الابن التي كان بامكان والدة الزوج طردها دون استشارة ابنها٠

الحالة التاليه توضح توزيع السلطة في قرية سال عندما كان النمط الممتد منتشراً في القرية :

يقول الاخباري :(أ٠ ق) مختار أحدى الحمائل الذي يعتبر ممثلا عن دار(س و ح) ويبلغ من العمر الخامسة والسبعين :

كنا نولي والدي طاعة عمياء٠ فكنا نؤمن بان من يكبرك بيوم اعلم منك بسنة ٠ والدي اختار لى زوجتي ولم استطع ان اعارضه ، وبالرغم من علاقتي الطيبة مع زوجتي الا انني ادرك بان من يختار زوجته تكون حياته افضل٠ والدي اختار لاخواني زوجاتهم وزوج اخواتي دون استشارتهن ولم نكن نجرؤ على الاعتراض ٠

والدي كانا يتدبران اعمال المنزل ويقوما بتقسيم الاعمال علينا٠ كان والدي يقوم بتوزيع اعمال الزراعة على رجال البيت٠فكنت انا واخواني والحراثين نقوم بهذه الاعمال جميعها دون اي اعتراض ومن كان يحاول الرفض فانه يهدد بالطرد من البيت ولم يكن لنا مجال الا العمل بالارض والزراعة،وكنا غير قادرين على الانفصال عن البيت كوننا لا نملك ارضاً لنعمل فيها غير الارض التي كان يملكها والدي٠ولم تكن الايدي العاملة متوفرة الا من كان يدعون بالحراثين وكانوا قلة،وهؤلاء الحراثون هم من داخل القرية وخارجها،ولانهم لايملكون ارض فقد عملوا فيها لقاء مؤونتهم٠ انا واخواني والحراثون كنا نقوم بالبذار والحراثة والحصاد وتخزين المحصول وتربية المواشي٠

وفيما يتعلق بالارض لم نكن نعطي الاناث حقهن منها ٠وقد قامت اخواتي بعد وفاة والدي بالتنازل عن كامل حقهن وقمت بشراء ثوب لكل اخت من اخواتي ولازلت اقوم بزيارتهن بشكل منتظم في المناسبات والاعياد واقوم باعطائهن مبلغاً من النقود،حيث كنا نعيب على المرأة أخذ نصيبها من ميراث والدها في الارض،فعدد النساء اللواتي اخذن حقهن من ميراث الارض لم يتجاوز عشر حالات٠

وفي امور المنزل كانت والدتي تقوم بتوزيع الاعمال اليومية : من اعداد الطعام وتجهيز الفرن وصنع الخبز ، حلب الابقار والاغنام واعمال النظافة ٠ ومن كانت تخالف امرها من زوجاتنا فانها تطرد من البيت دون اذن زوجها ٠ ولم تكن زوجتي ولا زوجات اخواني يملكن من امرهن شيئاً ٠

ونتيجة لعوامل التنمية التي دخلت الريف العربي ، وتزايد حجم السوق والحاجات والرغبات الفردية لم تعد العائلة قادرة على المحافظة على اكتفائها الذاتي، فاصبحت تعتمد على سلع المصانع وعلى الخدمات التي تقدمها المؤسسات البروقراطية، كمااصبحت استهلاكية ، لفقدانها معظم وظائفها باستثناء الاشباع العاطفي والتنشئة ورعاية المسنين (خيري ١٩٨٥ : ٢١٣) ٠

ان تطور مجتمع قرية سال في مختلف جوانبه ادى الى تحول العائلة الممتدة الى اسر نووية ،حيث بنيت احياء جديدة في القرية ولم تعد الزراعة أساساً للبنية الاجتماعية والاقتصادية والسياسية، ولا الارض ولا روابط القرابة تشكل مصدر السلطة والنفوذ ويعزى ذلك الى ازدياد الاقبال على التعليم ،وانخراط الابناء في سلك الوظائف الحكومية (المدنية والعسكرية) و ممارسة المهن والاعمال الحرة ٠ وهكذا لم يعد الرجل الكبير ينفرد في السلطة التي كان يحكم فيها الرجل المرأة، والكبير الصغير، والام البنات، والاب يحكم الجميع واصبحت الزوجات والابناء يشاركون في اتخاذ القرارات المتعلقة بشؤون الاسرة٠

٦ ـ ١ ـ ٢ ـ المختـار

يتفق انطون (Antoun 1972 : 91) و بركات (١٩٩١: ٨٣) على ان التنظيم السياسي في القرية كان يتمحور حول منصب المختار وكثيراً ما كان يتولى منصبه بالوراثة ، ويميل الى تمثيل الحكومة أكثر من تمثيل الشعب فكان معني بجمع الضرائب والمحافظة على الامن والتصديق على الاوراق الثبوتية والمعاملات الرسمية والادلاء بالشهادات وكان يحمل خاتماً مرخصاً من الحكومة المركزية • فالسلطة التي كان يتمتع بها شيوخ العشائر البدوية والزعماء التقليدين في الريف منحت لهم من السلطة العثمانية مقابل أن يكونوا وسطاء لها ويقوموا بجمع الضرائب المفروضة على المواطنين للدولة • ولم يشعر سكان البادية والريف بوجود سلطة مركزية تمارس عليهم لانهم لم يعتادوا على مشاهدة رجال الدولة العثمانية الا مرة واحدة في السنة ، وكان ذلك عند جباية الضرائب (ابو جابر ١٩٧٩ : ٤٠) •

كان المنصب السياسي في قرية سال يتمحور حول المختار ، في البداية كان للقرية مختار واحد يدعى(ع•ذ•ج) وكان يمثل القرية باكملها • ولكن إثر خلاف نشب بين الحمولتين (ع• و ج) • انفصلت (ع) بمختارها واختارت الحاج (م•ع•ح•) مختاراً لها واصبح كل من (ع •و ج•) يختارون مخاتيرهم ليمثلوا حمولتيهم امام القرى المجاورة وامام الدولة • فقد تعاقب على منصب المختار من(ج) : (ع •ذ ، خ • ذ) و(م•ع•ذ) واخيراً الحاج (ع•ق•ج) ولم يزل مختاراً لـ (ج) للآن • وفيما يتعلق ب (ع) فقد تعاقب على منصب المختار :(م•ع•ح) و(،ع•ر•س) و(الحاج ع•ح) و(ت•ع) و(م•ع)• وهنا يجدر الاشارة الى انه كان يمثل (ع) اكثر من مختار وذلك لوجود عدة افخاذ حيث يمثل كل فخذ مختار : (ع•ح يمثل دار(س) و (م•ع•ع) دار (ا•س) ودار (ح) و(ا•ح) يمثل دار (ا•ر)• وفي عام ١٩٩٢ قامت حمولة (خ) في سال بمخترة احد ابنائهم ويدعى (ك•أس)• وتم اعتماده في محافظة اربد كمختار لحمولة (خ) •

لقد لعب المختار دوراً بارزاً في مجتمع القرية وكان يخضع لشروط معينة قد لاتتوفر في الكثيرين ،أهمها الامكانات المادية وذلك لانه يمثل عشيرته في المواقف المختلفة على صعيد القرية والقرى المجاورة والدولة .

لقد كان المختار يعمل على لم شمل اقربائه ، وكان منزله مكان اجتماع أبناء الحمولة وكان أفراد العشيرة يساهمون بما لديهم من امكانيات لمساعدته ، حيث كانوا يجلبون له القهوة للمضافة والذبائح عند الولائم في المناسبات العامة كالصلح . فالمختار يقوم بعمل القهوة العربية يومياً وذلك لاستقبال الضيوف من الاقارب وغيرهم . وكان على أبناء العشيرة زيارة مضافة المختار كل ليلة للتباحث في أمور الموسم والمشاكل المتعلقة بالحمولة وكانت هناك مجموعة من الاشخاص بالاضافة الى المخاتير تدعى وجهاء القرية فكان المخاتير وهؤلاء الوجهاء يقومون بحل الخلافات التي كانت تنشب داخل القرية وخارجها وكان يتدخل المختار في جميع المشاكل بغية حلها بالطرق السلمية واعادة الوئام ونبذ الخلافات .
والحاله التالية توضح طبيعة عمل المختار وتدخله في المنازعات التي كانت تحصل في القرية .

> يقول الاخباري (ح.ع.ع): قامت (س) من احدى الحمايل بزياره لـ(ص) من حمولة اخرى للسهر معها. وصادف ان رآها أحد اقاربها فقام باتهامها بانها تزور(ص) من هذه الحمولة لغاية في نفسها، وعندما سمع والدها بذلك قام بتهديد ابنته بالقتل وطالب حمولة (ص) التي زارتها (س) ان يحضروا اليه جاهة لقاء ما فعلته (ص) بحق عرضهم.
>
> وبعد ذلك اخبرت الشرطة بالتهديد،فتم حبس (س) و(ص) وتم الطلب مني بالتدخل في هذا الموضوع فقمت بجمع وجهاء حامولتي وأخبرتهم بذلك، وتباحثنا الامر وتمت الموافقة على ان نذهب إلى الحمولة الاخرى بجاهة وان نتقاضى وإياهم في منزل

والد(س)٠فاختارت كل حامولة حكما عنها، فاخترت حمولتنا السيد (م س ط) واختارت حامولتهم السيد(ف ف ع) وممثلا عن الدولة حضرالسيد (ع ك ش) ٠ وبدأ كل طرف بادلاء حجته امام هذه اللجنة ٠ بعد سماع الحجج قامت اللجنة بتبرئة(س) وتم عمل صلحة ما بين الحمولتين دعى اليها وجهاء المنطقة وكان من بينهم الشيخ(س ق) كشهداء على ابرام الصلح ، وتم تفادي ما لا يحمد عقباه ٠

واما فيما يتعلق بعمله كمختار يقول الاخباري (ح٠ع٠ع) : استلمت المخترة من والدي عام ١٩٢٤م٠ وكنت حريصاً على لم شمل ابناء حمولتي ٠ فكنت اقوم بعمل القهوة وتقديمها لمن يأتي الى مضافتي التي مازالت قائمة لغاية الان ولكن احدثت عليها بعض التحديث ، حيث ازلت السقف الطيني واستبدلته بسقف من الاسمنت ، وتم قصارة الجدران من الداخل ٠ فكنت اتباحث مع ابناء حمولتي المشاكل اليومية واحاول حل ما يحدث من خلافات بينهم وبين الاخرين داخل القرية وخارجها ٠

فكنت وسيطاً ما بين الدولة وابناء حمولتي ، حيث كنت اتسلم المساعدات التي كانت تقدمها الدولة للقرية في سنين المحل (سكر ، قمح ، وقماش ، طحين) واقوم بتوزيعها على مستحقيها حسب ما هو مخصص لهم ٠ وكنت حريصاً على ان تتطور القرية وان تصبح الاوضاع افضل مما كانت عليه ٠ فكنت اتطلع الى تأسيس مدرسة في القرية لتخدم ابنائها وتوفر عليهم مشقة السفر لمدينة اربد والقرى المجاورة في زمن لم تكن وسائل المواصلات

متوفرة (السيارات) . وقمت ببحث هذه الفكرة مع المختار (م ع) ، وكتبنا مضبطة واخذنا تواقيع ابناء القرية عليها،وراجعنا الشيخ الشنقيطي وزير المعارف آنذاك وطالبناه بفتح مدرسة في القرية وتمكنا من تحقيق ذلك عام ١٩٤٩م .

وقد كنت معتمداً لتسجيل المواليد والوفيات، وتعيين الدايات،فقمت بتعيين(ن.ع) و(خ.د) دايات للقرية ، وتم اعتمادهن من قبل الدولة ، كما وكانت الدولة تضع عندي دفتراً للشرطة ، وكان يطلب من افراد الدرك الذين كانوا يقومون بمهام الحراسه ان يأتوا الى منزلي للتوقيع على هذا الدفتر، وذلك كأثبات على قيامهم بواجبهم. كما وكان منزلي مكان اقامة الجابي الذي كان يأتي لجمع الضرائب من القرية ، وكان هذا الجابي يأكل ويشرب وينام في بيتي ، طالت او قصرت الفترة الى ان ينتهي من اداء مهمته .

وكنت كذلك اعتبر الملجأ الاول والاخير لابناء القرية واثناء عملي كمختاراً قمت بالتوسط للسيد (م.خ.ع) عند السيد فضل الدلقموني وتم تعيينه معلماً في وزارة المعارف على الرغم من انه لم ينهِ الدراسة الثانوية. كما وقمت بالتوسط عند وزير الصحة لتعين السيد(ح.ع) ممرضاً .

لقد كان المختار عبارة عن حلقة وصل ما بين المواطنين في قرية سال والدولة وكان يتبع للمختار "حارس" ووظيفته إبلاغ المختار بما هو مطلوب منه من قبل الشرطة وابلاغ المواطنين المطلوبين للدولة،وكذلك كان يتبع للمختار موظفاً اخر كان يدعى (المخضر) وإسمه (ف.ص.ع) ووظيفته حراسة المزروعات ومنع الاعتداء عليها وكان يحتجز الحيوانات التي تعتدي على المزروعات حتى يأتي صاحبها ويدفع قرشاً او طحين كغرامة عن كل حيوان يتم حجزه.

لم تكن الدولة تدفع رواتباً للمختار والحارس والمخضر وانما كان يقوم المواطنون وقت البيدر باعطائهم نسبة من المحصول عن كل قيراط «٢٤ دونم تقريباً» فكان المختار يأخذ اربعة امداد من القمح عن كل قيراط والحارس والمخضر كانوا يأخذون مداً ونصف المد٠كانت المخترة تعد خدمة للجماعة التي ينتسب اليها المختار وبقية سكان القرية٠وعلى هذا الاساس كان يتحمل الكثير في سبيل جماعته،فكان منزله محطاً للضيوف واسرته كاملة في خدمة كل من يحضر الى مضافته٠الا ان اقرباء المختار(اللزمة) كانوا يسهامون في تقديم الذبائح وحب القهوة والدخان والسكر والارز من اجل تقديمها لضيوف المختار من الدولة كما وكانوا يقدمون الشعير والعلف لخيل هؤلاء الضيوف٠وكانت الدولة تدفع مبالغ رمزية للمختار لقاء تزويدها بقوائم المواليد والوفيات،ومقابل حفظ دفتر تواقيع الدرك عنده٠وكانت الدولة تخول المختار بتعيين الدايات العربيات،فعين المختار دايتين تتقاضى الواحدة منهن عن الذكر دينار وعن الانثى نصف دينار كما وكانت هذه الدايات تدفع ضريبه ثلاثة دنانير لقاء ممارسة مهنة الولاده سنوياً٠

وهكذا كان المختار يعتبر سجلا مدنياً قائماً بذاته ومن خلاله كانت تتم عملية تحصيل الضرائب المطلوبة من المواطنين،حيث يأتي تحصيل الدار(الجابي) لبيت المختار الذي يطلب بدوره من الحارس إعلام اهل القرية عن وجود الجابي،وكان السيد(ف ص ع) الحارس يقوم بابلاغ المواطنين حيث يصعد على تل سال وينادي بأعلى صوته (يافلاحين ياأهل البلد الحاضر يعلم الغايب تحصيل دار عند المختار عليكم الذهاب اليه لدفع المال والاعشار)٠

ان في منصب المختار نوع من صراع الادوار،حيث كان يمثل جهتين مختلفتين (الدولة والحمولة) في آن واحد٠ هذا الصراع يبرز في ضرورة تلبية مصالح حمولته ومصالح الدولة التي كانت تتعارض احياناً٠ فهو يشعر بالانتماء الى جماعته وهو في نفس الوقت ممثل الحكومة التي لها مصالح يجب ان يراعيها،فكان المختار يخضع لمطلبين متعارضين (جوبزر ١٩٨٨:٨٤-٨٥)٠

٦ ـ ١ ـ ٣ ـ المجلس البلدي

جاءت فكرة المجالس البلدية في شرق الاردن من الانتداب البريطاني وذلك لاستمالة سكان المنطقة للارتباط به من خلال هيئات البلديات الادارية وكانت محاولة للاقناع بفوائد الحكم البريطاني (الحوارني ، ١٩٧٨ : ٤٣) وفي عام ١٩٢٥ صدر قانون تشكيل البلديات وبموجب هذا القانون تم تحديد اختصاصاتها وصلاحياتها • وفي عام ١٩٣٨ صدر قانون اخر الغى بموجبه قانون عام ١٩٢٥م ، وتم وضع تعريف للبلديات على انها مؤسسة اهلية تنشأ وتلغى بقرار المجلس التنفيذي وموافقة الامير • كما حدد اختصاصاتها ضمن منطقة حدودها • واصبح بمقدورالمجلس البلدي ان يتكون من مدينة او قرية او اكثر ويتولى ادارة شؤونها مجلس مكون من اعضاء معينين واخرين منتخبين • ولكن في عام ١٩٥٥م صدر قانون جديد تم بموجبه إستحداث ما يسمى بالمجالس البلدية والقروية واصبح المجلس البلدي والقروي يحدد على اساس حجم السكان ودرجة الاهمية الاقتصادية • فالمجالس البلدية قد تضم في نطاقها مجتمعات حضرية وريفية ،بينما المجالس القروية لا تضم الا المجتمعات الريفية فقط • وهذا القانون معمول به لغاية الان (الزعبي ١٩٨٨ : ٢٥٨ ـ ٢٦٠) •

افقدت المجالس البلدية والقروية المختار الكثير من سلطاته التي كانت نابعة من الادوار التي كان يقوم بها • فصار رئيس المجلس يعد ممثل المدينة او القرية امام الدولة واصبح المجلس البلدي او القروي هو المعني باتخاذ القرارات المناسبة في مجتمع القرية ، مثل التنظيم وفتح الشوارع وتعبيدها وإنارتها وازالة النفايات ومنع تراكمها ومنع حدوث المكاره الصحية المضرة بالصحة العامة ، وتوصيل المياه والكهرباء لبيوت المواطنين ، ومنح تراخيص البناء وفتح المحال التجارية واصبحت لديه سلطة المخالفة للذين لا يتقيدون بالانظمة المعمول بها في وزارة البلديات كتغريمهم مبالغ مالية واحالتهم للقضاء (عبيدات ١٩٨٤ : ٣٢٠ ـ ٣٢٢) •

لقد قام مخاتير ووجهاء قرية سال بكتابة عريضة الى وزير البلديات عام١٩٧٢ من اجل انشاء مجلس قروي في سال وتم الحصول على موافقته فتم

تشكيل لجنة لهذا المجلس من سبعة اعضاء برئاسة السيد ياسين العبابنه وبقي هذا المجلس يقدم خدماته للقرية لمدة تسع سنوات شعر بعدها أبناء القرية بضرورة تحسين الخدمات في القرية وذلك من خلال رفع المجلس القروي الى مجلس بلدي . فقاموا بكتابة عريضة اخرى الى وزير البلديات تحمل تواقيع اعضاء ورئيس المجلس القروي وجاء الرد ايجابياً وتحول المجلس القروي الى مجلس بلدي عام ١٩٨١ م . في بداية تأسيس المجلس البلدي تم استئجار بيت الشيخ احمد العبابنه ليصبح مركزاً للمجلس البلدي وتولت ادارته لجنة برئاسة السيد يوسف طلفاح لمدة عام ، ثم بعدها إجريت انتخابات فاز بها السيد تيسير العبابنه . ومن ثم تم بناء دار حديثة للبلدية (انظر صورة رقم ٨) وذلك ليتمكن المجلس من القيام بمهامه لفترة طويلة من الزمن . وقد دعت الحاجة الى استخدام كوادر فنية وادارية فهناك : قسم المساحة ، والهندسة ، والديوان ، وقسم النظافة العامة . واصبح جميع العاملين في هذه الاقسام يعينون من قبل رئيس البلديه ويتقاضون رواتب شهرية بما في ذلك رئيس المجلس نفسه .

المجلس البلدي في قرية سال كباقي المجالس البلدية في المملكة يتلقى إعانات من وزارة البلديات ، ويعتمد في دخله على الضرائب التي تقتطع من المواطنين اثناء اجراء معاملاتهم ومن رسوم التراخيص والخدمات التي تقدمها البلديات للمواطنين ومن عوائد تنظيم وتعبيد الشوارع ورسوم المسقفات وعوائد المحروقات التي توزعها الدولة على البلديات والقروض التي ينمحها بنك تنمية المدن والقرى التابع لوزارة البلديات - والتي غالباً ما تمنح لعشر سنوات - وكما ورد على لسان رئيس البلدية الحالي السيد محمود حسين الرجا بلغت ديون بلدية سال ١٨٠ الف دينار .

ان الواقع الاجتماعي في القرية يلعب دوراً هاماً بما يحمله من تناقضات ومواقف خاصة فيما يتعلق بالانتخابات البلدية ، فهناك دور للتكتلات الحمائلية مما يؤثر على نتائج الانتخابات ويتسبب في فرز اعضاء قد لا يكونوا مؤهلين احياناً لتحمل المسؤولية. ليس ثمة شروط معينة يجب ان تتوفر بمن يرغب بترشيح نفسه كما هو الحال في المختار سوى معرفة القراءة والكتابة وان يتجاوز الثامنة عشرة من العمر،وغالبية الاعضاء في قرية سال من المواطنين المتقاعدين من الخدمة العسكرية وكبار السن الذين لهم مكانة اجتماعية في القرية.





صورة رقم (٨)

منظر عام لقرية سال من الجهة الشمالية ومبنى دار البلدية

ولقد تعاقب على رئاسة المجلس عدد من ابناء القرية (عبد الكريم العبابنه ، اكرم النجيب العبابنه ومحمود الرجا العبابنه) تم اختيارهم عن طريق الاقتراع وغالباً ما تشتد المنافسة بين أبناء القرية وتبرز هناك تكتلات وحملات انتخابية على مستوى الاسرة والفخذ والحمولة والقرية ٠ تجري الانتخابات كل اربع سنوات ، وآخر مره آجريت فيها كانت عام ١٩٩١ م ، حيث كلف محافظ اربد ، السيد انور الروسان على راس لجنة لتسجيل الاصوات في القرية ، وبدأت الحمايل الموجدة في القرية بتسجيل اصواتها في جداول الناخبين وخاصة العبابنه والجرادات ، وبعد ذلك بدأت عملية الترشيح ٠ واقتصر الترشيح على حمولة العبابنه والجرادات ، واما الحمايل الاخرى فلم يترشح ايٌّ من ابنائها والتزمت جانب الحياد ٠ فترشح عن دار إسليم ودار حسين السيد محمود الرجا وتكتل دار ارحيل مع دار اسماعيل والجرادات ودام هذا التكتل الى ما قبل الانتخابات بثلاثة ايام ثم انفض ٠ ولم تستطع اياً من الكتل تكملة عدد الاعضاء ٠ فخاض الانتخابات ثلاث كتل: الاولى برئاسة (م٠ج٠ر)، والثانية برئاسة (م٠ج) وضمت ثلاثة من الجرادات وواحد من العبابنه ، والثالثة برئاسة (أ٠ن) وضمت (أ٠ح٠م) و (م٠ع٠د) و(م٠ق٠ج)٠ ولقد فاز برئاسة المجلس السيد محمود حسين العبابنه واما فيما يتعلق بالاعضاء فقد فاز اثنان من الجرادات واثنان من الرحيل واثنان من السمعان٠لعبت العلاقات القرابية وغير القرابية في قرية سال دوراً حاسماً في الانتخابات البلدية لتحديد هوية الرئيس بغض النظر عن مستوى تأهيله فكان هناك دور للحمولة بشكل بارز ودور للفخذ ودور للتكتلات التي تمت بين الافخاذ من جهه وبين المرشحين من الحمائل المختلفة من جهة اخرى٠

لدى المجلس البلدي الحالي ،مجموعة من الخطط المستقبلية اهمها: فتح الشوارع الجديدة وتأسيس مكتبة عامة ، وانشاء حديقة عامة ، وتوسيع الشبكة الهاتفية ، وانشاء ملعب اخر ، ولكن هذه المشاريع والخطط قد تواجه عقبات مالية ، حيث ان الامكانات المالية المتوفرة لا تسمح بشراء بعض المستلزمات الضرورية مثل حاويات النفايات والمظلات وذلك لان البلدية مثقلة بديون بلغ حجمها ١٨٠ الف دينار ٠ وتضع البلدية الآن في بداية اولوياتها عمل مسح كامل لاراضي القرية ، وذلك لتحديد الملكيات بين المواطنين وحل النزاعات المختلفة بينهم وبين اصحاب هذه الملكيات ٠

ان العوامل الاقتصادية تشكل عبئاً رئيساً على انجازات البلدية ، اذ لا يتمكن المجلس من انجاز الوعود التي طرحها المرشحون بخصوص تقديم افضل الخدمات ، لان ذلك يصطدم بالواقع بسبب عدم توفر الموارد المالية . فالدخل الذاتي للبلدية من رخص الابنية والمهن وعوائد التعبيد وبيع الاملاك التي يجوز للبلدية بيعها، ودخل البلدية من الرسوم والضرائب، كلهاتعد ضئيلة اذا ما قيست مقابل التكاليف والديون التي تتحملها البلدية.

٦ ـ ٢ ـ البناء الاقتصادي

اعتمد سكان قرية سال على الزراعه وتربية الماشية في كسب عيشهم وكان النشاط الاقتصادي من نوع اقتصاد الاكتفاء الذاتي،فكانت تتم مبادلة الحبوب والشيد ببعض السلع والمواد التي يحتاجونها مع المناطق المجاورة. وهذه المقايضة كانت لتوفير ما تحتاجه الوحده المنزليه من ضروريات الحياه. فافراد العائله في قرية سال عاشوا في منازل لاتحتوي على اي تقسيمات لدرجة ان الحيوان والافراد كانوا يتواجدون معاً .

ان عدم وجود تقسيمات داخليه في المنزل يدل على العلاقات المتينه التي كانت تربط افراد العائله داخل المنزل الواحد ، تحت زعامة مالك وحدة الانتاج مما جعل هناك تقسيم عمل اولي بين افراد العائلة الواحدة فكان الجميع يشاركون في النشاطات الاقتصادية والاجتماعية . فالنساء كن يقمن بالكثير من الاعمال : الطبخ ، والتنظيف ، ورعاية الاطفال ، والعناية بالمنزل ، وعمل الصيانة اللازمة للمنزل (اضافة طبقة من الطين الى اسطح المنازل قبل حلول فصل الشتاء في كل عام) . بالاضافه الى المشاركه في اعمال الزراعه كالبذار والقلاعه (الحصاد) والرجاد (نقل المحصول من الحقل الى البيدر) وحلب الابقار والاغنام وجلب المياه من بركة القريه والعيون الموجوده في منطقة الشلاله . اما الرجل فقد كان يعتبر راعي البيت وممثله امام الحمائل الاخرى، اضافه الى مشاركة بقية افراد العائله في النشاطات الاقتصاديه . وبالرغم من وجود اكثر من جيل داخل المنزل الواحد (العائلة الممتدة) الا ان البيت احتفظ باجزائه الاساسية (الحوش،والمضافة، والتبان ، والخشش ، والغرفة والعريشة) .

لم يكن التعامل النقدي منتشراًفي بداية هذا القرن ،لذا كانت تتم مقايضة كثير من الاشياء التي يحتاجها السكان في القرية بكميه من المحصول . فاذا اراد احد الافراد شراء شئ ما . كان يأخذ كميه من القمح او العدس او الشعير الى الدكان ويستبدلها بما يريد من الحاجيات. وكذلك استخدم البيض في عملية المقايضة ، حيث كانت البيضة تشتري طبخة شاي (كمية من السكر والشاي اللازمة لعمل ابريق من الشاي) وكانت الوحده المنزليه هي وحدة

الانتاج والاستهلاك كون اعضائها شركاء في وسيلة الانتاج (الارض) ٠ وكانت الاعمال تتم بشكل جماعي ٠ نظراً لعدم توفر النقود فقد لجأ السكان لاسلوب اطعام الحراثين والرعاه وابنائهم وكان الحراث يتقاضى كميه من المحصول لقاء عمله في حراثة الارض عن كل قيراط ارض (٢٤ دونماً تقريباً) وكان الراعي ياخذ واحده من المواليد عن كل ثلاثة من المواليد الجدد وفي حالة عدم توفر المواليد كان ياخذ جزة صوف من كل ثلاثة جزز من الاغنام التي لم تلد في ذلك العام ٠

وفي هذه المرحلة لم يكن العمل المأجور متوفراً وكانت كل عائلة تعتمد على رجالها ونسائها في انجاز الاعمال اليومية والموسمية (الحراثة ، والزراعة ، والرجاد ، وتخزين المحصول ورعي الماشية) وكان هناك مثلا يضربونه على من كان يحتوي في بيته ادوات الحراثة والحراث ويعتبرونه محظوظاً وكان يقال عنه (فلان فدانه ابن بقرته وحراثه ابن مرته) ٠

وكان سكان القرية يأخذون جميع حاجياتهم بما في ذلك الاقمشه التي كانوا يصنعون منها ملابسهم (المزنوك ، الشرش) من دكان (س ٠ خ) في مختلف اوقات السنه على ان يسدد ثمنها سلعاً زراعية وقت البيدر بعد جني المحصول ٠ وقد كان جميع محصول البعض من سكان القرية يذهب سداداً لدينهم ٠ فعلى سبيل المثال كان (ع ٠ س) يعود من بيدره بالمذراة فقط وذلك لان (س ٠ خ) كان يأخذ جميع محصوله سداداً للدين الذي كان يترتب عليه من شرائه لحاجاته من الدكان ديناً٠ واما (س ٠ خ) فكان يبع ما يأخذه من حبوب الى التجار ومن ثم يذهب الى الشام لجلب البضاعة لبيعها في دكانه٠

وفيما يتعلق بمادة الطحين فقد كان ابناء القرية يطحنون القمح في مطحنة القرية التي كان يملكها (ح ٠ ع ٠ ح) للحصول على مادة الطحين لصناعة الخبز ٠ ولندرة النقد كان يتقاضى صاحب المطحنة ما يسمى " بالرد " صحن طحين عن كل مد (٢٠ كغم تقريباً) قمح يقوم بطحنه ٠ وعندما توفر النقد اصبح صاحب المطحنة يتقاضى قرشين عن كل مد قمح يقوم بطحنه ٠

بالاضافه الى الزراعة انتشرت تجارة الحبوب والمواشي فتطور اقتصاد القرية واتجه نحو السوق،حيث كان بعض التجار يشترون الماشية من العراق ويبعونها في اسواق حيفا وعكا،وكان السيد م ح ج يشتري الشاي من فلسطين ويبعه في العراق ، كما كان بعض ابناء القرية مثل (م ٠م) و(ح ٠ ع ٠ ح) وتجار مدينة اربد مثل (ي ٠ س ٠ ش) يشترون التبن والحبوب من القرية ويبعونها في عمان وسوريا ولبنان وفلسطين ، وايضاً كان السيد (س ٠ خ) يقوم بشراء بعض السلع كالاقمشة والارز والسكر والبن من الشام ويبعها في دكانه داخل القرية ، وقد كان يتم نقل هذه البضائع على ظهور الجمال والبغال واصبح لابناء القرية عملاء في كل من فلسطين والعراق وسوريا ولبنان ٠ وقام ثلاثة من ابناء القرية (هـ ٠ ج) و (ع ٠ ق ٠ ج) و (م ٠ خ) في الخمسينات من هذا القرن بفتح ثلاثة دكاكين اضافة الى دكان (س ٠ خ) واصبحوا يمارسون البيع والشراء ٠ واستمر الحال الى بداية الستينات حيث قام السيد (ر ٠ ح ٠ م) و (م ٠ ب ٠ ع) بفتح دكانين واصبحوا بالاضافة الى البيع والشراء داخل القرية يقومون بجمع حليب القرية ومن ثم بيعه في مدينة اربد ٠

وتبين الحالة التالية التطور الاقتصادي في القرية :

> يقول الاخباري (ح ٠ع٠ح ٠ع) احد مخاتير قرية سال الاوائل البالغ من العمر الثامنة والثمانين : كنت اعيش مع والدي واخواني وزوجاتنا وابنائنا وكان عددنا يتجاوز الاربعين نفراً ٠ كن نعمل بالزراعة وتربية المواشي ونملك من الاغنام ثمانمئة رأس ، ومن الماعز خمسماية راس ومن الجمال احد عشر ومن الابقار الحلوب ستاً وثلاثين، ومن حواليل الحراثة عشرة ، ومن الخيل الاصايل ستة ٠ اضافة الى عدد من البغال والحمير ٠ وكان والدي يعد اكبر مالك في القرية ، وكان يعتبر وجيهاً وبقي مختاراً حتى عام ١٩٢٤م ومن ثم تنازل لي عن المختترة بسبب ظروفه الصحية وكان ذلك عام ١٩٢٤٠

تعلمت القراءة والكتابة على يد السيد ع٠خ الذي كان يدير احدى الكتاتيب في المنطقه ٠ وعند بلوغي العشرين من العمر اصبحت اعمل بتجارة الحبوب والماشية ٠ فكنت اقوم بشراء الحبوب من الاردن والمواشي من سوريا والعراق وآخذها الى فلسطين لبيعها في سوق « البرين » في مدينة اللد ، حيث كان لهذا السوق شهرة خاصة في ذلك الوقت ، ويؤمه التجار من مصر وسوريا ولبنان والعراق وشرق الاردن ٠ وكنا نتعامل في هذا السوق بالجنيه الفلسطيني الذي كان يعادل في ذلك الوقت ليره ذهب وعشرة قروش فكنا نشتري ونبيع المواشي بالزوج وكان المشتري يحصل على خصم ٥ % من قيمة اجمالي ما يشتري ٠ وكان زوج الاغنام ثمنه ٨٠ قرشاً فلسطينياً ٠ ومن خلال هذه التجارة اصبح لي عملاء في فلسطين ، فكنت اتعامل مع احد الاشخاص من بلدة برقا ويدعى قاسم البرقاوي ورجل آخر من بلدة بلعا في قضاء نابلس ٠

كان يرافقني في تجارتي ما بين سوريا وفلسطين والعراق ابن عمي (ع ٠ ع) ، حيث كان يكبرني سناً ٠ فكنت ادفع رأس المال مني في حين كان ابن عمي يعمل معي مقابل ان يتقاضى ربع الارباح ٠ فكانت سفراتنا تتم مشياً على الاقدام وعلى ظهور الخيل ٠ وبقي الحال هكذا من عام ١٩٢٤م ولغاية ١٩٣٨م ، وعندما بدأت السيارات تظهر في المنطقه أخذنا نستأجرها لنقل ما نشتريه من الاغنام والماعز والابقار والجمال الى سوق (البرين) في اللد واستمرت تجارتي لغاية عام ١٩٤٨م٠ وتوقفت تجارتي مع فلسطين بسبب الحرب وبقيت اتاجر ما بين العراق وسوريا والاردن٠

وفي الستينات استقريت في القرية وبدأت
اتضمن المشايد(١) من الدولة ، وأؤجرها الى من
يرغب من ابناء القرية ٠

ان التغير الاقتصادي الذي حصل في القرية اثر على تصميم المساكن ، حيث اصبحت المساكن تصمم لتؤدي اكثر من وظيفة ٠ فكان هناك مكان لسكن العائلة ومكان لايواء الحيوانات واماكن لتخزين المحصول (الكواير) ومكان لخزن التبن (التبان) ومكان لصناعة الخبز وساحه تدعى بالحوش للقيام باعمال المنزل وحفظ الادوات المستخدمة في الزراعة ٠

ولقد انتقلت قرية سال من حالة الاعتماد على الزراعة وتربية الماشية الى ممارسة التجارة والعمل المأجور،وفي عام ١٩٤٥ اتجه البعض من سكان القرية نحو الوظائف الحكومية٠ فقد قال لي بعض الاخباريين ان السيد (ا ٠ خ ٠ ص) قد عمل بوظيفة مأمور حدود وكان يتقاضى راتباً شهرياً مقداره اربعة دنانير وعمل كل من (م ٠ م) و (ن ٠ ع) معلمين وكان الواحد منهم يتقاضى راتباً شهرياً مقداره خمسة دنانير ٠ وهذه الرواتب تعتبر الدخل الشهري للموظفين الحكومين من قرية سال عام ١٩٤٥ ٠

وتأثرت القرية بالاوضاع الاقتصادية وذلك بفعل التجارة التي ربطت القرية بالقرى المجاورة بعلاقات اقتصادية جديدة ، حيث بدأ ابناء القرية يستخرجون الشيد من منطقة الشلاله والذهاب به الى مدينة اربد ومنطقة الاغوار وعجلون ، فكان الشيد مادة مفضله للبناء ، وقصارة المنازل ، وابار جمع مياه الامطار ، وطلاء الاشجار ، وكان يرش في المزارع وذلك لكونه يقتل الحشرات. كانت تتم عملية مقايضة الشيد في منطقة عجلون بالفحم والحطب وكان يباع الحمل (ما يحمله الجمل) في المناطق الاخرى بعشرين قرشاً ٠ ولقد تحسنت تجارة الشيد في القرية في الخمسينات نتيجة لتزايد الطلب عليه ، فاقبل ابناء القرية على استخراجه ، حتى ان عدد العاملين زاد عن مائه وخمسين عاملا٠

---

١ ـ المشايد : محاجر (مقالع) استخراج الكلس في منطقة الشلاله تقع الى الشرق من قرية سال٠

فاهتمت الحكومة بالوادي الذي يحتوي على المشايد . وعلى اثر خلاف حصل ما بين اصحاب قطعة الارض التي تقع فيها هذه المشايد ، قامت الحكومة بفرزه ووضع الاسلاك الشائكة حوله ، وفرضت ضريبة مقدارها قرشين عن كل حمل شيد يتم استخراجه الامر الذي دعى الحكومة الى تعيين احد ابناء القريه (م.س.ع) لجمع هذه الضريبة . وبعد ذلك قامت الدولة بتضمين المشايد للحاج (ع.ح.ع) بمبلغ ٢٠٠ دينار سنوياً وذلك لكون المشايد تقع في ارضه . ومن ثم تضمن المشايد (م.س.ع) لكونه شريك للحاج (ع.ح) في الارض .ونظراً لخطورة العمل بالمشايد بما تسببه من انهيارات على من يعمل بها ، ادرك ابناء القرية خطورة هذه المشايد عليهم ، فتقلص عدد العاملين فيها وتزامن ذلك مع ظهور الاسمنت ، حيث قل الطلب على الشيد وبداء ابناءالقرية يتجهون نحو الوظائف الحكومية مما ادى الى ترك العمل بالمشايد والبحث عن بدائل اخرى للعمل في اماكن اخرى من المملكة .

وتعرضت قرية سال في الخمسينات والستينات الى تغيرات جذريه في انشطتها الاقتصادية التي انعكست على مختلف نواحي الحياة . وهذه التغيرات كانت ناتجة عن اقبال السكان على التعليم والانخراط في سلك الوظائف الحكومية المدنية والعسكرية والعمل بالتجارة والمهن الحرة . فاصبحت القرية على اتصال مباشر مع المناطق المجاورة وذلك بفضل وسائل الاتصال الحديثة . وتقلص الاقبال على الزراعة وتربية الماشية واصبحت الوظائف والاعمال التجارية الحرة هي الاساس للاقتصاد المحلي في القرية . لقد اثرت هذه التغيرات مباشرة على التركيبة الاجتماعية والاقتصادية والسياسية ، كما واحدثت فيها تغيرات رافق ذلك تغيراً في نمط البناء الذي كان سائداً في القرية وتلاشى النمط القديم .

يوضح بركات (١٩٩١ : ٩٦) بان الحرفة هي الاساس في التنظيم الاقتصادي ، ومن هذا المنطلق كان اقتصاد القرية يعتمد بشكل كبير على الزراعة لعدم وجود بديل يؤمن دخلا يستطيع ان يلبي متطلبات الحياة اليومية للسكان . ولكن في السنوات الاخيرة حدثت بعض التغيرات في البنية الاقتصادية نتيجه لقلة الاقبال على الزراعة واتجاه الناس الى الوظائف الحكومية ، المدنية والعسكرية والتعليم والمصالح التجارية الخاصة.

فالنشاط الاقتصادي في القرية يرتكز على الوظائف الحكومية ،المدينة والعسكرية ، والتجارة والزراعة، حيث بينت الدراسة على ان ٦٨% من افراد العينة يعملون في الوظائف الحكومية المدنية والعسكرية ٠ و٩ % يمارسون التجارة و ١٠% الزراعة و٦ % يعملون بالاعمال الحرة و ٧ % بمهنة سائق ٠ واصبح هناك من يمارس اكثر من مهنة ٠ وهذه المهن تمارس داخل القرية وتتركز في وسطها، حيث يقوم المواطنون بتخصيص غرفة من السكن لهذه الغاية ٠ فهناك مشروعات مثل البقالات وعددها ثلاث وعشرون بقالة ،وخمسة مطاعم ، ومخبزان ، وخمسة محلات لبيع الدجاج اللاحم ،ومحلان لبيع الالبان ، وصالونا حلاقة ٠ فهذه المصالح لاتحتاج الى راس مال كبير الامر الذي يسهل عملية ممارستها ٠ كما وتوجد بعض مزارع الدجاج اللاحم وخاصة في المنطقة الشرقية من اراضي القرية ويبلغ عددها ثلاث عشرة مزرعة. وهناك مزارع خاصة لتربية الابقار وعددها اثنتان ٠ هذا بالاضافة الى قيام السكان بتربيتة المواشي والطيور داخل المنازل٠

جدول رقم ١٦ : توزيع افراد العينة حسب العمر وتربية الحيوانات والطيور ٠

الفئات العمرية	الحيوانات		الطيور		المجموع
	يربي	لايربي	يربي	لايربي	
أقل من ٣٠	٣	٢٢	١١	١٤	٢٥ %
٣١ ـ ٤٠	٨	٢٣	١٨	١٣	٣١ %
٤١ ـ ٥٠	٥	١٦	١١	١٠	٢١ %
٥١ فما فوق	١٢	١١	١٠	١٣	٢٣ %
المجموع	٢٨	٧٢	٥٠	٥٠	١٠٠ %

يوضح (جدول رقم ١٦) ان تربية الحيوانات تتركز بين افراد الفئة العمرية ٣١ فما فوق حيث وجد ٢٦ فرداً من العينة يربون الحيوانات ولعل هذا العزوف عن تربية الحيوانات قد يكون سببه اما المستوى التعليمي او عدم توفر المكان

والوقت او الانشغال بالوظائف المختلفة ٠ اما بالنسبة للطيور فيلاحظ ان هناك اقبالاً على تربيتها من قبل جميع الفئات حيث بلغت نسبة مربي الطيور ٥٠% وقد يعود السبب الى سهولة العناية بها وعدم الحاجة الى مكان كبير وقلة التكلفة اللازمة ، من هذا نستنتج ان السكان لايعتمدون بشكل اساسي في دخلهم على تربية الحيوانات او الطيور ولكن قد تساهم في سد حاجة الاسرة من الالبان واللحوم ٠

لمعرفة العلاقة بين العمر والذين يربون الحيوانات والطيور تم استخراج قيمة الاحصائي كاي تربيع بين العمر وكل من تربية الحيوانات وتربية لطيور للتوزيع في جدول رقم ١٦ والجدول التالي يبن نتائج هذا التحليل :

جدول رقم ١٧ : يبين نتائج الاحصائي كاي تربيع ودرجات الحرية والدلالة الاحصائية بين متغير العمر مع كل من : تربية الحيوانات والطيور ٠

المتغير	X	درجات الحريه	مستوى الدلالة
تربية الحيوانات	١٠،٠٩٩	٣	٠،٠١٨
تربية الطيور	١،٦٠٥	٣	٠،٦٥٨

يلاحظ من الجدول رقم ١٧ بأن تربية الحيوانات غير مستقلة عن العمر حيث كانت قيمة الاحصائي كاي تربيع دالة احصائياً عند مستوى الدلالة (< ٠،٠٥) بينما تربية الطيور مستقلة عن العمر حيث كانت قيمة الاحصائي كاي تربيع غير دالة احصائياً عند مستوى الدلالة (< ٠،٠٥) وهذه النتيجة تشير الى انه توجد علاقة بين العمر وتربية الحيوانات والعكس صحيح بالنسبة لتربية الطيور٠

٧ ـ ٠ ـ تمهيد:

كان المجتمع الاردني ولغاية الاربعينات يقبل على الطب الشعبي والوصفات الطبية المكونة من الاعشاب، وكانوا يتعاملون معها حسب التجارب التي مارسوا من خلالها معالجة مرضاهم.ولكثرة هذه الوصفات كانوا اذا لم يشف المريض من الوصفة الاولى يستبدلونها باخرى،وفي النهاية اذا لم يشف كانوا يفكرون بعرضه على الطبيب.لذا فقد انتقلت الوصفات الشعبية من جيل الى جيل عن طريق العادات والتقاليد،وساعد في ذلك انخفاض مستوى الحياة الاقتصادية،والجهل في الحقائق العلمية،وانتشار الامية،وسهولة الحصول على الطب الشعبي كونه كان يقدم باثمان زهيدة.وقد كانت الوصفات الطبية تؤدي في بعض الحالات الى اصابة المريض بعاهات دائمة او تسممات او الموت في بعض الاحيان.ونتيجة لصعوبة المواصلات،وتواجد الاطباء في المدن الكبرى،وانخفاض مستوى المعيشة اقبل المواطن الاردني قبل الخمسينات على الطب الشعبي الذي كان موجوداً في المجتمع المحلي (غبيدات١٩٨٧:٢٢٠ـ٢٢١).

يشير كونيكوف (Konikoff 1946 : 23 - 24) الى ان منطقة شرق الاردن كانت تعاني من تفشي الامراض وقلة الامكانيات الطبية . فيوضح كونيكوف بانه عندما تسلم الامير عبدالله السلطة في شرق الاردن لم يكن يتوفر في الامارة ولو مستشفى واحد . فالامكانيات الطبية كانت ضئيلة وتتمثل بالخدمات الطبية التي كانت تقدمها جمعيات تبشيرية كاعمال خيرية . والمعالجة في مستشفى الشرطة والمساجين عام ١٩٢٥ كانت تتم تحت اشراف ادارة خط الحجاز الحديدي . ويبين كونيكوف ان اول مستشفى حكومي في مدينة عمان تم افتتاحه عام ١٩٢٦ . وفي عام ١٩٣٥ انشئت وحدة البادية الطبية المتنقلة للاعتناء بالبدو المتنقلين الى الشرق من خط الحجاز الحديدي ، حيث

كانت هذه الوحدة تقدم الخدمات العلاجية البسيطة والاعتناء بعدد قليل من المرضى • بالرغم من ذلك فانه في عام ١٩٤٣ لم يكن يتجاوز عدد الاطباء ثلاثين طبيباً مرخصاً وعشرة اطباء اسنان ، وهذا العدد من الاطباء لم يكن كافياً لتلبية احتياجات السكان الطبية •

٧ ـ ١ ـ تطور الرعاية الصحية في الاردن

لقد كانت الخدمات الصحية التي تقدم للمواطنين في بداية عهد الامارة تتصف بالتواضع لقلة الامكانات المادية والفنية • وبدأ الاهتمام بالصحة بتأسيس مديرية للصحة العامة عام ١٩٢٢ (محافظه ١٩٩٠ : ٢٨٥)• فالخدمات الصحية لم تتجاوز مستوى الاسعافات الاولية، والتزويد ببعض العقاقير الطبية، ولم يكن عدد الاطباء يتجاوز العشرين طبيباً، وكان هنالك مستشفى حكومي واحد في عمان، وكان يتسع لعشرين سريراً، ورغم قلة الاسرة الا ان معظمها كان يبقى شاغراً لعدم اقبال المواطنين على هذا المستشفى، ولم تكن العمليات الجراحية والتحاليل والتصوير الشعاعي متوفرة في هذا المستشفى، وكانت الحالات التي تتطلب مثل هذه الخدمات ترسل الى المستشفى الايطالي في عمان، وكان المواطنون يذهبون الى سوريا ولبنان وفلسطين بحثاً عن العلاج (زيادات ١٩٩٠ : ١٤ ـ ١٥) •

تأثر تطور الخدمات الصحية في الاردن بالظروف الاقتصادية والاجتماعية ،التي مر بها البلد خلال النصف الاول من القرن العشرين • فالفوضى والاهمال التي خلفها الحكم العثماني والنكسة عام ١٩٤٨ مما جعل الخدمات الصحية تتطور ببطء• فلم يكن عدد الاطباء كافياً، وكانت العيادات والمستشفيات قليلة • وهذه العيادات والمستشفيات كانت موجودة في المدن• بالاضافة الى عدم توفر الكفاءات الطبية(المعايطه واخرون ١٩٨٥: ٣٥٢) •

بالرغم من قلة الامكانيات المادية والفنية، الا ان دائرة الصحة العامة التي تأسست مع اول وزارة بدأت بتقديم الخدمات الوقائية (اعمال النظافة) من

خلال اشرافها الصحي على اعمال البلديات، واصبح هناك ما يعرف بمتعهدي النظافة الذين تم ربط مخصصاتهم المالية بتصديق طبيب الحكومة كأثبات ان اعمال النظافة قد جرت كما هو مطلوب حسب شروط التعهد. ولجعل المواطنين يتقيدون بشروط النظافة العامة قامت دائرة الصحة العامة بفرض ضريبة عليهم وذلك ليتقيدوا بالشروط الصحية. ومن اجل رفع مستوى الخدمات الوقائية قامت دائرة الصحة العامة عام ١٩٢٧ بتعين مأموري صحة في البلديات الكبرى مثل عمان ، جرش ، السلط ، الكرك ، معان و إربد . ثم قامت بعدها بتعزيز خدماتها بان نصبت قواعد حنفيات ماء في عدد من المواقع من احياء عمان، كما وقامت ببناء عدد من الخزانات في اجزاء مختلفة من الامارة بالقرب من الينابيع التي كانت متوفرة (عين عنجرة ، ام القنافد ، سندا ، وكفرسوم). بالاضافة الى الاعمال الوقائية قامت دائرة الصحة العامة بالاشراف على طلاب المدارس وافراد الجيش العربي ، وكذلك قامت بتوزيع دفاتر المواليد والوفيات على مخاتير القرى وشيوخ القبائل (المحافظة ١٩٩٠ : ٢٨٨ ـ٢٩٤) .

لقد اعتبر العام الذي تم فيه تأسيس اول وزارة للصحة في المملكة عام النهضة الصحية، حيث عملت هذه الوزارة على انشاء المستشفيات والمراكز الصحية ومراكز الامومة والطفولة في مختلف مناطق المملكة واصبحت مراكز الامومة والطفولة تقدم الخدمات الصحية للام والطفل بالاضافة الى تقديم الامصال واللقاحات مجاناً، وذلك لحماية الاطفال من الامراض السارية والمعدية . واصبحت المراكز الصحية تهتم بخدمات صحة المجتمع بدلا من الخدمات الصحية الفردية (فريحات وآخرون ١٩٩٠ : ٩) .

وعمدت وزارة الصحة(١٩٧١:١٦) الى رسم السياسية الصحية في المملكة في إطار خطة التنمية الشاملة لتطوير المجتمع الاردني . بحيث يتم تقديم الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية للمواطنين على احسن مستوى ، والاشراف عليها في القطاعين الخاص والعام هذا بالاضافة الى تقديم الخدمات الصيدلانية من حيث توفير الادوية الضرورية ومراقبتها وتوزيعها والاشراف على مزاولتها في القطاعين الخاص والعام. كما وقامت وزارة الصحة بالاهتمام بالصحة السنية ومراقبتها، والاشراف عليها في القطاعين الخاص والعام . وتنفيذاً لهذه

السياسية قامت وزارة الصحة بزيادة عدد المراكز الصحية في مختلف مناطق المملكة حتى صار عددها عام ١٩٧١ (١٦) مركزاً صحياً و(٣١) مركز امومة وطفولة و(١٩) عيادة اسنان و(٩) بنوك للدم و(٥) مراكز لمكافحة الامراض السارية ووضعت خطة لانشاء ٢٠ مركزاً صحياً و(٤٩) مركزاً للامومة والطفولة في مختلف مناطق المملكة(وزارة الصحة ١٩٧١: ٤٨) ٠

اصبح في الاردن حتى عام ١٩٧١ (١١) مستشفى تشكل اكبر قطاع يقدم الخدمات الطبية العلاجية٠ وتطويراً للخدمات العلاجية قامت وزارة الصحة بتطوير مختبر القدس الذي تأسس عام ١٩٤٨ وتم تزويده ببعض الاجهزة والمستلزمات الطبية٠ وبعد ان تأسس المختبر المركزي في عمان عام١٩٥٤ بدأت وزارة الصحة بتأسيس مختبر طبي في كل مستشفى حكومي لعمل الفحوصات التشخيصية والكيميائية،كما تم انشاء مختبر للصحة العامة في عمان،وكذلك تم انشاء مختبر للفزيولوجيا بالتعاون مع المختبر المركزي ومنظمة الصحة العالمية وباشر اعماله عام ١٩٦٨(وزارة الصحة١٩٧١:٤٧-٤٨)٠

وفي الفترة ما بين ١٩٧١ - ١٩٧٧ اعادة الوزارة النظر في الاولويات الصحية بغية احداث تطوير جذري في خدماتها فوجهت الخدمات الصحية نحو الرعاية الصحية الاولية التي تهدف الى التحصين ضد الامراض، ورعاية الامومة والطفولة، والاهتمام بالوقاية من الامراض، ومقاومة انتشارها، والاهتمام بالتثقيف الصحي٠ هذا بالاضافة الى تشخيص ومعالجة الامراض التي يمكن معالجتها، وتحويل الحالات المعقدة الى المستشفيات ٠ فاصبحت الخدمات الصحية تتجه نحو المجتمع بدلا من الفرد، وبدأت الوزارة بأفتتاح اكبر عدد ممكن من العيادات، والمراكز الصحية في الارياف والبوادي، واصبح يزورها الاطباء بانتظام، وعينت في كل منها ممرضاً يقوم بتقديم الرعاية الصحية للمواطنين٠ فبلغ عدد العيادات الصحية ٣٤٢ عيادة ، وعدد مراكز الامومة والطفولة (٥١) مركزاً ، وعدد المراكز الاساسية (٤٥) مركزاً وعدد المستشفيات (٣٠) مستشفى (وزارة الصحة١٩٧٧:١٥-٢٢) ٠

وعند انعقاد مؤتمر الماآتا عام ١٩٧٨ للرعاية الصحية الاولية ٠ قام الاردن بتبني قراراته ٠ وقام بوضع استرتيجيات لتوصيل الخدمات الصحية

(الوقائية والعلاجية) الى جميع المواطنين وذلك لتحقيق الصحة للجميع بحلول عام ٢٠٠٠٠ ومن خلال تبني مبادئ الرعاية الصحية الاولية لا تسعى وزارة الصحة الى اتاحة الخدمات الصحية فحسب ولكنها تسعى الى توفير مستوى صحي جيد للسكان ٠

في عام ١٩٨٠ قامت وزارة الصحة بتوسيع قاعدة المراكز الصحية، حيث بلغت ٨٨ مركزاً صحياً، و ٢٨٢ عيادة قروية، و ٦٢ مركزاً للامومة والطفولة، و٤٣ عيادة اسنان، واصبح هنالك ثلاثة مستويات للرعاية الصحية لتقدم الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية للمواطنين خلالها ، فاصبحت المراكز الصحية والعيادات تتبع للمستوى الاول، والمستشفيات تتبع للمستوى الثاني والثالث وفي المستوى الثاني والثالث، اصبح عدد المستشفيات ٣٤ مستشفى (١٣) منها في القطاع العام و(٢١) في القطاع الخاص(وزارة الصحة ٤١:١٩٨٠)٠وجاء ذلك نتيجة لتبنى وزارة الصحة ما تم الاتفاق عليه في مؤتمر الماآتا عام ١٩٧٨ على ان الصحة للجميع دون تميز ويجب ان تقدم الخدمات الصحية بوسائل علمية و عملية مقبولة اجتماعياً يسهل الوصول اليها،وان تكون في متناول كافة الاسر والمجتمع،وان تكون تكلفتها قليلة٠وعلى هذا الاساس تم تبني مبدأ الرعاية الصحية الاولية لتحقيق الصحة للجميع٠(وزارة الصحة ٧٤:١٩٨٠)

وبدأت الخدمات الصحية في مستويات الرعاية الثلاثة تقدم من خلال ثلاثة قطاعات ، فاصبح هنالك تقدم في مجال تقديم الخدمات الصحية في الاردن، وبالرغم من التنسيق الموجود بين هذه القطاعات، الا ان الامر يحتاج الى المزيد من التنسيق ٠ فاصبحت هذه القطاعات تعرف بالقطاع العام، ويشرف على الخدمات الصحية التي تقدم للمواطنين من خلال وزارة الصحة، ومن خلال مستشفى الجامعة الاردنية، ومن خلال الخدمات الطبية الملكية، ومؤسسة الضمان الاجتماعي، واما القطاع الثاني فهو القطاع الخاص، و يشرف على تقديم الخدمات الطبية (العلاجية) من خلال العيادات الخاصة والمستشفيات المنتشرة في جميع انحاء المملكة، والقطاع الثالث وهو القطاع الدولي الذي يقدم الخدمات الصحية من خلال وكالة الغوث وتشغيل اللاجيئين الفلسطينين، والخدمات التي يقدمها هذا القطاع ما زالت ضئيلة (وزارة الصحة ٢٥:١٩٨٢-٢٦) ٠

لقد اصبحت المراكز الصحية، والعيادات القروية، ومراكز الامومة والطفولة، بالاضافة الى خدمات الصحة المدرسية،وصحة البيئة، ومراكز مكافحة الامراض الصدرية تشكل حجر الاساس في الرعاية الصحية الاولية (وزارة الصحة ١٩٨٢: ٥٥). وحرصاً على الجانب الوقائي من الخدمة الصحية، فقد قامت الوزارة بتحويل شعبة التثقيف الصحي الى قسم مستقل، وكذلك شعبة الصحة المدرسية الى قسم اخر، واصبح هذا القسم يؤدي خدمات الى ما نسبته ٩٤ % من مجموع الطلبة المقرر فحصهم، واصبح قسم صحة البيئة يركز على حماية البيئة من التلوث. واصبح هنالك تركيز على مياه الشرب، والمواد الغذائية، والتفتيش على المؤسسات المختلفة، والاشراف على الصحة المهنية، والوقاية من التلوث الناجم عن المصانع الامر الذي استوجب تأسيس شعبة للصحة المهنية في قسم صحة البيئة، وتم انشاء مؤسسة للامصال والمطاعيم لانتاج الامصال والمطاعيم الضرورية (وزارة الصحة ١٩٨٦: ١٣٨-١٣٩) .

ولقد شهدت الخدمات الطبية تطوراً كبيراً من حيث توفر الامكانيات الصحية، وتحسين نوعيتها، وقامت وزارة الصحة في عام ١٩٨٨ باحداث مديرية للصحة في لواء الرمثا، ومديرية للصحة في لواء الكورة، واحداث قسم للسمعيات في وزارة الصحة، وقسم للرعاية الصحية العاجلة، وكما تم احداث قسم للاوبئة غير السارية بمديرية الرعاية الصحية الاولية . وكذلك تم تطوير الصحة المدرسية واصبحت تصرف نظارات طبية للطلبة المحتاجين مجاناً، وتم تعيين اطباء للاشراف على المدارس، وكليات المجتمع الخاصة . وقامت وزارة الصحة بالعمل على تنفيذ نظام استخدام بطاقات المعالجة، ونظام التحويل في المراكز الصحية الاولية، وذلك لتفادي عملية الازدواجية في معالجة المواطنين، حيث تم تحويل كافة العيادات القروية الى مراكز صحية فرعية، وتم دمج خدمات الامومة والطفولة في المراكز الصحية الاولية،واصبحت هذه المراكز تقدم خدمات الرعاية الصحية الاولية (لعناصرها الثمانية الاساسية) (وزارة الصحة ١٩٨٨: ٢٢٧) .

واما فيما يتعلق بالرعاية الصحية الثانية والثالثة فقد اوكلت مهامها الى المؤسسة الطبية العلاجية التي تم تأسيسها في ١ - ٧ - ١٩٨٨، وكان الهدف من انشاء هذه المؤسسة هو تحسين الخدمات الطبية في مستوى الرعاية الثانية

والثالثة، واصبح القطاع العام يشرف على الرعاية الصحية الثانية والثالثة من خلال المؤسسة الطبية العلاجية، ومن خلال مستشفى الملكة علياء العسكري الذي لم يضم الى المؤسسة، والذي بقيت الخدمات الطبية الملكية تشرف عليه ، وبقى القطاع الخاص يقدم الرعاية الطبية الثانية والثالثة من خلال المستشفيات الخاصة المنتشرة في جميع انحاء المملكة، وبهذا تكون المؤسسة الطبية العلاجية هي الجهة الوحيدة المسؤولة عن تقديم الرعاية الصحية الثانية والثالثة في المملكة من خلال المستشفيات والمراكز العلاجية المتقدمة، واتبع لها جميع مستشفيات وزارة الصحة، ومستشفى الجامعة الاردنية، ومستشفيات الخدمات الطبية الملكية باستثناء مستشفى الملكة علياء ، وكما اتبع لها مركز الملكة علياء لجراحة القلب، ومركز فرح ومركز السرطان في مستشفى البشير والمركز الوطني للصحة النفسية (وزارة الصحة ١٩٨٨:١٧٥-١٧٦) ٠

ولقد شهدت الرعاية الصحية الاولية تطوراً خلال الفترة ١٩٧٩-١٩٨٨، واكبه زيادة في اعداد المراكز الصحية٠ ولتوضيح هذه الزيادة في اعداد هذه المراكز الصحية خلال الفترة ١٩٧٩ - ١٩٨٨ نقتبس الجدول التالي(١) :

البيان	١٩٧٩	١٩٨١	١٩٨٣	١٩٨٥	١٩٨٧	١٩٨٨
المراكز الصحية الاولية	٧٧	٨٩	٩٩	١٨٨	٢٢٧	٢٧١
المراكز الصحية الفرعية	٢٧٠	٢٨٣	٢٧٨	٢٢٧	٢١٨	٢١٤
مراكز الامومة والطفولة	٥٨	٦٩	٩٣	١٠١	١١٦	١٥٣
عيادات الاسنان	٢٦	٤٣	٤٦	٥٨	٦٩	٨٣
المجموع	٤٣١	٤٨٤	٥١٦	٥١٩	٦٣٠	٧٢١

١ـ وزارة الصحة ١٩٨٩ التقرير الاحصائي السنوي ص ٩٣ وزارة الصحة : مديرية التخطيط والتدريب والابحاث سابقاً ٠

فقد ارتفع عدد المراكز الصحية الاولية والفرعية بزيادة ١٣٨ مركزاً وارتفعت اعداد مراكز الامومة والطفولة بزيادة ٩٥، مركزاً وكما ارتفعت اعداد عيادات الاسنان بزيادة ٤٧ عيادة (وزارة الصحة السنوي ١٩٨٩: ٣٥) ٠

واما فيما يتعلق بالرعاية الصحية الثانية والثالثة وكما ذكرنا سابقاً فقد اصبحت المؤسسة الطبية العلاجية تشرف على ٢٦ مستشفى، والقطاع الخاص يشرف على ٢٥ مستشفى، واذا ما تم استعراض عشر سنوات اي من عام ١٩٧٩ الى عام ١٩٨٩ نلاحظ ان عدد المستشفيات في كافة القطاعات قد ارتفع من ٣٨ مستشفى عام ١٩٧٩ الى ٥٥ مستشفى عام ١٩٨٩، وقد واكب هذه الزيادة في اعداد المستشفيات زيادة في اعداد الخدمات الطبية المساعدة، حيث بلغ عدد المختبرات في القطاعين ١٣٩ مختبراً، وعدد مراكز الاشعة اصبح ٦٠ مركزاً، وعدد بنوك الدم ٢١ بنكاً، وعدد الصيدلات ٦٣٧ صيدلية (وزارة الصحة ١٩٨٩:٣٦)٠

وفي عام ١٩٩٠ تم إلغاء المؤسسة الطبية العلاجية واصبحت الخدمات الصحية في القطاع العام تقدم من خلال ثلاث جهات : وزارة الصحة ، والجامعة الاردنية ، والخدمات الطبية الملكية وبقيت في القطاع الخاص على ما كانت عليه واصبحت خدمات الرعاية الصحية الاولية تنحصر في تقديم الخدمات الوقائية والعلاجية والتأهيلية للمواطنين من خلال المراكز الصحية الاولية والفرعية ومراكز الامومة والطفولة واما خدمات المستوى الثاني فهي تقريباً ما تكون خدمات متوسطة التعقيد والتي يحتاج مرضاها الى مراجعة المستشفى بتحويل من طبيب المراكز في الرعاية الصحية الاولية ، واما الخدمات الصحية في الرعاية الثالثة وهي تقريباً الرعاية الصحية التخصصية او البالغة التعقيد التي تقدم في مستشفيات تخصصية مثل مستشفى الجامعة الاردنية ومستشفى البشير والمدينة الطبية (سماوي وآخرون ١٩٩٠: ٩٩-١٠١) ٠

ويمكن القول بأن التطور في الخدمات الصحية في مستوياتها الثلاثة كان دائماً يرافقه زيادة في اعداد المراكز الصحية والمستشفيات والخدمات الطبية المساعدة حيث بلغ عدد المراكز الصحية الاولية ٢٩٩ مركزاً وبلغ عدد المراكز الفرعية ٢٢٩ مركزاً وتم رصد مبالغ لبناء ١٩ مركزاً اولياً جديداً في مختلف

مناطق المملكة وبالطبع هذه المراكز تقوم بتقديم خدمات الامومة والطفولة للمواطنين في كافة مناطق المملكة واما فيما يخص المستشفيات فقد رصدت وزارة الصحة في موازنتها مبالغ لبناء مستشفى مدينة الرصيفة واخر في لواء الكورة وثالث في الكرك (١) ٠

واصبحت السياسة الصحية في الاردن تنطلق من مبدأ ان الرعاية الصحية هي حق اساسي لجميع المواطنين وعلى هذا الاساس تم اعتماد الرعاية الصحية الاولية كمدخل لتحقيق الصحة للجميع بحيث تشتمل هذه الرعاية الصحية على وقاية المجتمع من الامراض والاوبئة وتحسين البيئة والنهوض بالصحة العامة كما تشمل على تقديم الخدمات العلاجية والتأهيلية واصبح من الضروري ان تغطي هذه الخدمات جميع سكان المملكة (المدن والريف والبادية) بشكل متساو بحيث تصل هذه التغطية الى ١٠٠ % عام ٢٠٠٠ لذلك قامت وزارة الصحة بتبني سياسة التوسع والانتشار في المراكز الصحية في كافة انحاء المملكة وتم توظيف اطباء عامين لكي يقوموا بتنفيذ برامج الرعاية الصحية الاولية بهدف تنظيم عملية مراجعة المراكز الصحية وتطبيقاً لهذ السياسة قامت وزارة الصحة بتطبيق نظام بطاقات المعالجة بحيث يتم تسجيل كل مواطن في مركز صحي واحد تتم عملية معالجته فيه تجنباً للازدواجية في تلقي الخدمات الصحية (فريحات ١٩٩٠ : ٣٤ ـ ٤٦) ٠

---

١ ـ وزارة الصحة ١٩٩١ بريد المراكز عدد ١٢ وزارة الصحة : قسم المراكز في مديرية الرعاية الصحية الاولية ٠

٧ ـ ٢ ـ الرعاية الصحية التقليدية في القرية ٠

٧ ـ ٢ ـ ١ ـ الطب الشعبي

في بداية هذا القرن كان ابناء قرية سال كباقي السكان في الاردن يعالجون مرضاهم بالوصفات الطبية الشعبية ٠ وكانت هناك وصفات طبية معدة للعديد من الامراض ، يقوم على اعدادها كبار السن من النساء اللواتي كن يتولين عملية معالجة العديد من الامراض ٠ وكان هناك وصف عام لبعض الامراض وكانت هنالك بعض الاعشاب المعروفة لعلاجها٠ فقد كان السكان يتعاطون الميرمية في حالة الاصابة بالمغص وجعدة الصبيان والقاصوم في حالة وجع الرأس وفي حالة الجرح هناك عشبة يعرفها السكان باسم « عشبة الجرح » وكانوا يحصلون عليها من سهول ووديان القرية ، فكانت تدق ـ بالهاون ـ وتوضع على الجرح٠ وفي حالة الدمل كانت هناك وصفة تسمى « بالقرشه » وهي عبارة عن صابونة توضع على عجينة،ومن ثم توضع على الدمل الى ان يتم خروج الصديد منه،وفي حالة الكسور كانوا يراجعون الحاج فارس الصفوري الذي كان يقوم بتجبيرهم وتجبير حيواناتهم كذلك٠بالاضافة الى الوصفات الطبية كانت هناك ممارسات تقوم بها النساء فكانت اذا ما اصيب احد بالحصبة او الشرية « الحساسية » تقوم بالباسه ثياب حمراء او دهن جسمه بالمغرة (الصبغه الحمراء)٠ ولم يكن سكان القرية يعرفون اسماء الامراض التي كانت تصيبهم ، فكانوا يطلقون على « الملاريا» او « التيفوئيد » المرض الثقيل،ومن وجهة نظرهم كانت اعراض هذا الامراض الحرارة الشديدة والالم الشديد ، وبالرغم من ارتفاع حرارة المريض الا انهم كانوا يقومون بوضع الاغطية الكثيرة عليه،او كانوا يقومون بوضع فخاره في الفرن حتى تصبح حمراء من شدة الحرارة ويضعون عليها لبادة مبللة بالماء،ومن ثم يدعون المريض يضع كعب رجله عليها،وذلك لاعتقادهم بان هذا العمل يجعل المريض يعرق، واذا ما عرق شفى ٠

لقد كانت كافة انواع الطب التقليدي تتوفر في القرية ، واذا فشل احد المعالجين المحليين في تقديم العلاج المناسب كان يتم اللجوء الى معالج اخر في القرية او في القرى المجاورة ٠ وهناك العديد من الدايات العربيات اللواتي كن يمارسن عمليات التوليد ، و يقمن بالعناية بالاطفال المرضى والرضع ويمارسن الطب الشعبي ، وخاصة المعالجة بالاعشاب ٠ فقد مارست الحاجة نجمه العبدالله ، وخضراء الدلول وخديجه العبدالقادر الجرادات عمليات التوليد من الثلاثنيات لغاية السبعينات ٠ فكن يتقاضين مبلغ نصف دينار اذا ما انجبت المرأة بنتاً وديناراً اذا ما انجبت ذكراً ٠ وكن يدفعن مبلغ ثلاثة دنانير سنوياً كضربية للدولة لقاء ممارسة مهنة التوليد ٠

كانت النساء الكبيرات في السن اللواتي كن يقمن بمعالجة المرضى يعتمدن على خبراتهن في التعامل مع الطب العربي ويقمن بجمع الاعشاب في فصل الربيع من كل سنه ويحتفظن بها في «صرر»٠ وعندما يراجعهن احد المرضى من ابناء القرية يقمن بعمل خلطه منها٠فكانت خضراء الدلول تجمع القاصوم والشيح والبختلاء (نبات عريض الورق) والاقحوان، وتقوم بتصنيفها حسب الامراض التي كانت منتشره انذاك٠اضافة الى المعالجة بالاعشاب كانت الحاجه خضراء تعالج بالكي بالنار٠ لقد مرض عبدالقادر المسعود بالملاريا في الاربعينات من هذا القرن وكان يعاني من ارتفاع كبير في حرارته وانحلال في جسمه ، فقامت الحجه خضراء بكيه على وريد يده اليسرى ومن ثم دهنت جسمه كاملا بالزيت المخلوط بالقزحه وذلك بسبب الاعتقاد الذي كان سائداً (بان الجسم اذا ما دهن بالزيت المخلوط بالقزحة يبرد وتذهب حرارته)٠

لقد حالت الاحوال الاقتصادية وصعوبة المواصلات في الثلاثينات والاربعينات من هذا القرن دون الوصول الى الاطباء والعيادات والمستشفيات، الحكومية والخاصة وكان القلة القليلة من ابناء القرية تراجع بعض الاطباء في دمشق وفلسطين وذلك لان احوالهم المادية كانت جيدة ويملكون وسيلة مواصلات (الدواب) وبحكم اشتغالهم بالتجارة ما بين دمشق وفلسطين والعراق٠فقد اخذت السيدة (ع٠م) الى مدينة الناصره للمعالجة من جراء مرض عضال توفيت على اثره ودفنت هناك٠كذلك ذهب (ع٠أ) الى الناصره لتلقي العلاج وتوفي وتم نقل جثمانه الى القرية ودفن فيها وعندما تحسنت وسائل المواصلات اصبح ميسورو

الحال من ابناء القرية يزورون الاطباء والمستشفيات. فقد قام الحاج (ع.ع) بأخذ ابنته (ت) الى مستشفى هداسا في القدس لمعالجة عيونها،حيث كانت تعاني من التهابات في احدى عينيها وبعد ذلك عرضها على الاطباء في دمشق.فكان غالبية سكان القرية يلجأون الى الطب التقليدي المتوفر في القرية والقرى المجاورة ، وكانوا يعتقدون بان الوصفات الطبيه والممارسات التي كان يقوم بها المعالجون التقليدون بغض النظر عن اثارها السلبية ملاذهم الاول في حالة المرض.

والحاله التاليه تبين كيف لجأ احد ابناء القرية الى احد المعالجين في قرية الطرة الذي قام بتشخيص مرضه وقام بعلاجه ويقول (م . ع) :

> «مرض ابن عمي وتم تشخيص مرضه على انه داء الطحال،وبدأ البحث عن معالج ليعالج ابن عمي من هذا الداء فاشار علينا احد سكان القرية بوجود معالج في قرية الطره فاخذت ابن عمي الى هذا المعالج والذي بعد فحصه اكد انه يعاني من داء الطحال،فاحضر وعاءاً مملوءاً بالماء وطلب من ابن عمي ان يضع يده بعد ان يقبض عليها بشده في منتصفه،ومن ثم قام برفع وريد يد ابن عمي بابره،واحدث جرح فيها وتركه ينزف داخل الوعاء الى ان تجلطت كميه من الدم بحجم الطحال،وبعد ذلك طلب المعالج من المريض ان يرفع يده من الماء وقام بوضع شريطة على الجرح،حيث اخبره بان داء الطحال قد استئصل وان كميه الدم التي خرجت هي التي كانت محتبسة بالطحال وان المريض بعد هذه العمليه لن يعاوده المرض».

لقد كان سكان القريه يتعاملون بالطب الشعبي نظراً للجهل المستشري بينهم من جهة ولتوارثهم لكثير من المعتقدات الخاطئة من جهة اخرى. فالحصبة مثلا كانت منتشره بشكل كبير وكان معظم الاطفال يموتون وذلك لانهم لم يكونوا يعرفون التطعيم. وكانت هناك ممارسات خاطئه تمارس عن جهل،فاذا ما

اصيب الطفل بالحصبه كانت النساء يقمن بوضع الكثير من الاغطيه عليه واحياناً تلبسنه ثياباً حمراء وذلك لاعتقادهن بان اللون الاحمر يؤثر على الحصبه فيذهبها . واذا ما اصيب الطفل بالتهاب حلق كانت امه تقوم بتعليق خرزه تسمى «ام الحلوق» على ثيابه . وهذه الخرزه كانت ـ تجلب من السعوديه ـ تزيل الالتهاب . اما في حالة الاورام فقد كان يتم عمل عجينه وتوضع عليها ماده تسمى «مروحه»(نبات بني اللون) توضع على الورم لحين خروج الصديد منه ، وعند خروج الصديد كان يعتقد بان المريض قد شفي من ورمه . وغالباً ما كان الذين يراجعون الاطباء يعودون ويستخدمون الطب التقليدي لاعتقادهم بنجاعة هذا الطب ، فقد كان الحاج (ع . ع) يعاني من ورم في احدى رجليه مما حدى بوالده الى تجهيز فرسه واخذه الى الدكتور المحايره الذي كان في الخمسينيات معروفاً لدى معظم سكان القرى آنذاك .

فالحاله التاليه تبين مراجعة الحاج (ع. ع) لعيادة الدكتور المحايره في اربد وعودته الى استخدام الطب الشعبي الموجود في القرية :

> « كنت اعاني من ورم في رجلي، فاعد والدي فرسه واخذني الى عيادة الدكتور المحايره في اربد وقام الدكتور بفحصي واخبر والدي بانني بحاجة الى عملية بتر،وذلك لوجود غرغرينا،وانه اذا لم تبتر رجلي سوف ينتشر المرض،وسيؤدي في النهايه الى وفاتي.لم يقتنع والدي بما قاله الدكتور واصر على عدم السماح له بإجراء العمليه بعد ذلك عاد بي والدي الى القرية.
>
> في القريه كان هناك رجل يدعى بالقصير، اخذني والدي اليه، فقام القصير بعمل خلطه من الاعشاب ومزجها بكميه من لعابه ووضعها على شاشه ، ومن ثم ثبتها على الورم وتركها لمدة عشرة ايام . وبعد العشرة ايام قام بإزالتها بحيث من شدة التصاقها سلخت لحم رجلي معها وبعدها اخبر والدي بانه ما هي الا ايام قليله ويزول الالم وبالفعل بعد خمسه الى ستة ايام ذهب الالم وشفيت من الورم » .

ما كان يعزز الاقبال على الطب التقليدي هو شفاء بعض المرضى. وقد يكون الشفاء صدفة ولكن اذا تكرر شفاء الناس من وصفة ما فانها تعمم وتنتشر ويتم استخدامها بشكل واسع.فالمريض يريد ان يشفى من مرضه بغض النظر عما اذا كان العلاج مناسباً. وكان المريض احياناً يسمح للمداوي التقليدي بالتدخل في جسمه ولو جراحياً. ويرضخ لتعليماته ويتبعها بحذافيرها اعتقاداً منه بانه قادر على شفائه، وذلك لعدم توفر الامكانات الصحية في القرية التي قد يلجأ اليها المريض .

وتبين الحالة التالية كيف اصيب الحاج (ع.أ) بحادث جراء قيامه بعملية الحراثه،ولكون ظروفه المادية سيئة لم يتمكن من مراجعة الطبيب في مدينة اربد وتم استدعاء طبيب عربي من القرية لمعالجته :

« تعرضت الى حادث اثناء قيامي باعمال الحراثه في ارضي الواقعه الى الشرق من القرية، حيث وقعت على عود الحراث مما ادى الى دخول خشبة المحراث في بطني محدثة شقاً عميقاً فيه ترتب عليه اندلاق امعائي الى خارج بطني. لم تكن حالتي المادية ميسورة ولم تتوفر لدي وسيلة نقل تمكنني من الذهاب الى مدينة اربد. وصادف وجود بعض النسوة بالقرب مني في اللحظة التي وقع فيها الحادث، فقامت احداهن بمحاولة اعادة امعائي الى داخل بطني ، وذهبت اخرى الى استدعاء السيد (م.ح.ج) الذي جاء على الفور بعد سماعه عن الحادث، حيث تم نقلي الى منزل والدي. وكان قد جلب السيد (م.ح.ج) «قصيب» وقام بحرقه وسحنه مع كمية من الشبة (مادة تشبه الكالسيوم) وخلطها مع بعضها البعض، ووضع جزءاً من الخليط على جرحي، ومن ثم لف الجرح بشوره (كوفيه) وطلب مني ان اضطجع على جنبي الايمن (السليم) الى ان يلتئم الجرح. وبقيت على هذا الحال لمدة ستة شهور، لم اتناول الا الكعك والشاي. وعمل السيد (م.ج) راشوش، وهذا

الراشوش هو عبارة عن مسحوق من الخشب المسوس فكان يزورني كل يوم ويقوم برش كمية منه على جرحي • ولم اتناول اي نوع من العلاج الا هذا الراشوش وبقيت اصارع الالم بين الحياة والموت، ولكن اجلي لم ينته والا لقيت حتفي» •

كان ابناء القريه يقومون بوضع ما يتوفر لديهم من مواد على الجرح وخاصة التراب،الكحل والقهوة• وكانوا يضعون على الدمامل دواء كانوا يسمونه «هوا جواني»• وكل ما تم عمل وصفة يعتقد انها مفيدة كان يتم استعمالها وكانوا يعتمدون كثيراً على التقليد• ولقد ذكر لي الاخباري (ع•أ) بان الطب العربي يخضع للتجربة حيث ان الكثير من السكان يعتقدون بانه اذا شفي احدهم من علته باستخدام وصفة عربية فان هذه الوصفة يمكن ان يستفيد منها انسان اخر• واذا ما سمع احد عن وصفة يحاول ان يتبعها• وابلغني المخبر نفسه عن رجل (ع•خ•ج) وكان يبلغ من العمر الستين عاماً•كان يعاني من مرض السكري منذ عشر سنوات، فوصف له بدوي علاج السكري، وهذا العلاج هو حليب النوق فقام المريض واشترى ناقة وذهب بها الى خارج القرية واقام هناك وبدأ يشرب حليبها لمدة اربعين يوماً • ويعتبر الحاج (ع•أ) ما قام به المريض المعني ممارسة خاطئة لان حليب الناقة لا يمكن عمله لبن وذلك لوجود كميات كبيرة من السكر فيه وعند شرب حليب النوق لايحتاج المرء الى ان يضع السكر فيه • ومن وجهة نظر المخبر هذه الوصفة زادت حالة المريض تعقيداً بدلا من ان تخفف من نسبة السكر لديه •

٧ ـ ٢ ـ ٢ ـ الاعتقاد بالقوى فوق الطبيعية

يعتقد البعض من ابناء القرية بوجود الجان في كل مكان ويجب ان لا تتم عملية ازعاجه وذلك لتفادي الاصابة بالضرر أو المرض• ويعتقد ان الجان يسكن في البيوت والكهوف المهجورة، وانه يخرج في الليل• فقد اصيب الطفل (س•م•ع) بالشلل نتيجة لنقص في كمية الاكسجين اثناء عملية الولادة فذهب به والده الى مدينة الحسين الطبية والى بعض الاطباء في القطاع الخاص وشخص

مرضه على انه تلف في بعض خلايا الدماغ لذلك لم يشف الطفل من مرضه. فأتجه والده نحو الطب الشعبي لعله يجد علاجاً لابنه فذهب الى احد الشيوخ في مدينة الرصيفه الذي قام بتشخيص المرض على انه ضربة جان. فأعد هذا الشيخ ثلاثة حجب للطفل كتب فيها آيات قرأنية وطلب من والده ان يعلق احدها على ملابس الطفل والثاني يوضع في ساحة المنزل ليبعد الجان ويبطل مفعوله والثالث يوضع في الماء ويسقى الطفل منه. بالاضافة الى الحجب قام الشيخ بعمل خلطة من عشرين صنف من الاعشاب.

وعندما لم يشف الطفل من مرضه ذهب به والده الى معالج شعبي اخر في احدى القرى المجاورة يدعى (ش.ص) الذي شخص المرض على انه اصابة بالعين الحاسدة فقام بعمل حجاب كتب فيه المعوذات القرأنية وطلب من والده ان يلف هذا الحجاب في قطعة من القماش تخاط من جميع جوانبها ويعلق على صدر الطفل. واشار عليهم كذلك بشراء كف من الذهب او الفضة مكتوب عليها سورة يس وفي وسطها عين لتعلق في عنق الطفل، وذلك لتبعد اذى الجان الذي سخرته هذه العين التي اصابت الطفل. فقد وضع هذا المعالج الامل في نفوس اهل الطفل بشفائه مما دفعهم الى شراء المواد التي طلبها منهم بالرغم من ثمنها المكلف.

فالناس في قرية سال يعتقدون بالعين الحاسدة وبشكل خاص النساء فاذا ما مرض الطفل يقوم البعض منهن بقراءة الايات القرأنية كالمعوذات وذلك لتفادي الاصابة بالعين الحاسدة وابعاد اذاها، واحياناً تقوم بعض النساء بقراءة بعض التمائم وخاصة اذا كان الطفل كثير البكاء فتقول الاخبارية (ع . ص) :

> « عندما كان يبكي ابني (ع.م.ل) ويستمر في البكاء كنت اقرأ عليه العبارة التالية : حوطتك بالله يا عين الذي شافوك وما صلوا على النبي تنطفي، اباس، اباس ، اباس احطك في بحر غطاس واكبس عليك بالزئبق والرصاص . لقاه سيدنا سليمان بالبرية، يصهل صهيل الخيل رابط الدربين سايق عليك الله ياعين تطلعي من ابن الناس. بسم الله الرحمن الرحيم قل هو الله احد، الله الصمد، لم يلد ولم يولد، ولم يكن له كفواً احد .

٧ ـ ٢ ـ ٣ ـ المعالجة بالحجب

لم يقتصر العلاج في القرية على الوصفات الطبية المكونة من الاعشاب والكي بالنار والممارسات الطبية الاخرى وانما اعتمد كذلك على الحجب ٠ وذلك يعود للخلفية الدينية لسكان القريه واعتقادهم بان الانسان يستطيع السيطره على الجان وتسخيره في خدمتهم ٠ فقد كان سكان القرية يعتقدون بقرينة (صحبة) الجان وكانوا يعزون بعض الامراض الى ضربة الجان ٠ وكانوا يعتقدون انه باستطاعة الانسان السيطرة على هذا الجان من خلال قراءة الكتب الدينيه وفي حالة السيطرة عليه يتمكن الحجاب من كتابة الطلاسم التي تفيد المريض ، وذلك بتسخير الجان لخدمته في مداواة المرضى الذين يراجعونه حيث يتم من وجهة نظرهم ابعاد الجان غير الرحماني عن المرضى بمساعدة الجان الرحماني ٠ وتوجد لدى الحجابين في القرية تصنيفات معينه لامراض معينه ويدعون بانهم وحدهم القادرون على استخدام كتب الحجب ، وفهم رموزها وهم يختارون ما يتناسب مع الامراض التي يقمون بتشخيصها ٠

ان بعض المداوين بالحجب يقومون باستخدام وصفات طبية مكونة من المواد الكيميائية والاعشاب في مداواة مرضاهم فالسيد (م٠ع٠ع) الذي يعمل بتربية الدجاج اللاحم يداوي بالحجب والاعشاب ولا يتقاضى اجراً على ذلك ولكن لا يتردد في قبول الهدايا التي يجلبها له مرضاه ويعتبر معالجة المرضى من فعل الخير ولوجه الله ٠ فقد ورث عملية المعالجه بالحجب عن والده الذي كان يداوي المرضى في القرية والذي كان يطلب منه كتابة الحجب ٠ حيث ترك له والده بعد وفاته العديد من كتب الحجب التي تتعامل مع القرآن الكريم ويوجد لديه تصنيف للحجب : فهناك الحجب التي تخص بكاء الطفل ، حجب القلق وعدم استطاعة النوم ،وحجب الوسواس ،وحجب اكل التراب، وحجب ايقاف النزيف وانقطاع العادة الشهرية والعقم ٠ وفيما يتعلق بالمداواة بالاعشاب فانه تعلم التطبيب بها من البدو الذين كان يقابلهم اثناء خدمته بالقوات المسلحة ٠ وكان يستخدمها لمن كان يراجعه من الاقارب والاصدقاء في القرية ٠

والحاله التاليه تبين كيفية استخدام الحجب في القرية واقبال الناس عليها كما يوضحها الاخباري (م٠ع٠ع) الذي كان يقوم بكتابة الحجب للمرضى :

كنت في احدى السنوات في زيارة لاخي في الاغوار وكان له جار له ابنة كثيرة البكاء ، فقمت بعمل حجاب لها كتبت فيه آيه من سورة الكهف والمعوذات وطلبت من الله ان يسكتها واوكلت ذلك لخدام حروف القرآن الكريم ، حيث يوجد خادم لكل حرف من حروفه وماحدث بعد ذلك هو ان نامت الطفلة نوماً عميقاً وكفت عن البكاء ٠

ما اكتبه في الحجب هو اسماء اهل الكهف ، المعوذات ، وآية الكرسي واسم الله الاعظم واسم أم الصبيان حيث ان بعض ما استخدمه هو رموز واشارات واسماء في لغه غير العربية انا افهمها وغيري لا يفهمها فعلى سبيل المثال اسم الله الاعظم يكتب بهذه الرموز : ـ



واقوم بعمل هذاالحجاب لحفظ الانسان من أي مكروه وكذلك لشفاء الناس من أي مرض او علة ٠واما اسماء اهل الكهف فهي :ـ

(مكسلمنا،ويمليخا ويوانس ومارطيوش ومكارطيوش والشوطه وكلبهم قطمير) بعد كتابة هذه الاسماء اكتب توكلوا ياخدام هذه الاسماء بحفظ كذا وكذا بأذن الله وبألف لاحول ولاقوة الابالله وبأذن الله تحفظ الاشياء والناس ويشفى المريض وكذلك الحال بالنسبه

لاسماء ام الصبيان والتي هي : لوبن ، خلص ، دوس ، ملطوس ، سبوس ، سلماس ،طوح ،طوسد ، اسرع ، ريفاردح ، علقود وسليمان وهذه الاسماء تكتب لمن يصاب بالفرفحه (التشنج) وتكتب على ورقه وتحمل للمريض ويستحسن ان يوضع مع هذه الاسماء قطعه من جلد الذئب ٠

وكذلك اكتب الحجب من اجل الحبل (الحمل) وفي مره جاءت لبيتي امرأه لم تحبل وعملت لها حجاب كتبت فيه آيات من القرآن الكريم من سورة تبارك والمعوذات ووكلت امر هذه المرأه لخدام الحروف وكذلك عملت لها وصفة طب شعبي من الاعشاب حيث اعطيتها بعض الاعشاب من الشيح والقاصوم والفيجن وطلبت منها ان تغليها مع بعضها وتصفي كاسه منه وتشربها وان تعمل تبخيرة ومغطس من هذا المزيج وما كان من هذه المرأة الا ان حبلت وانجبت طفلا ٠

تعلمت المعالجه بالاعشاب عن طريق اختلاطي بالبدو وكبار السن من الناس الذين شاءت الاقدار ان التقي بهم اثناء خدمتي العسكريه وكنت قد قابلتهم في مناطق مختلفه من الجنوب ومحافظة المفرق ومحافظة اربد وكانت بداية تعاملي بالمداواه بالاعشاب تعود لمره من المرات عندما جاء لبيتي شاب يعاني من كثرة البثور(حب الشباب) في وجهه فقمت بعمل خلطه مكونه من الجنزاره والشبه بكميات متساويه وقمت بسحنها مع بعضها البعض حتى اصبحت ناعمه جدا واضفت اليها كميه من القطران ومزجتها مع بعضها البعض حتى اتخذت شكل المرهم وقمت بتنظيف وجه المصاب بألماء والملح ودهنت

منطقة البثور بشكل خفيف واوصيته بأن يستخدم هذه الوصفه عند النوم مره واحده في اليوم الواحد ولمدة ثلاثة أيام وان يتحاشى ان يصيب هذا البرهم عيونه خوفا من اى مضاعفات وبالفعل فقد نشفت هذه الوصفه البثور وشفي المريض منها وقد عالجت بهذه الطريقه اكثر من خمس حالات ٠

ففي حالة الاناث اللواتي كانت تشكو من بثور في وجههن فلم استطع ان اوصف لهن مثل هذه الوصفه (الجنزاره والشبه والقطران) ولكن كنت اعمل لهن وصفه من نوع اخر حيث اعمل لهن خلطه من ورق زهر الورد الجوري وقشر الليمون والحليب حيث تسحن هذه المواد مع بعضها البعض وتخلط حتى تأخذ شكل المرهم الابيض وعندها تدهن المصابه وجهها بشكل خفيف مره واحده عند النوم لمدة ٣-٤ ايام ولقد استخدمت هذه الوصفه لاكثر من ثلاثة فتيات واعطت مفعولها ٠

وانني اعمل وصفات لمختلف الامراض التي استطيع تشخيصها حيث اذاتمكنت من تشخيص المرض يسهل على اعطاء الدواء فاذا كان التشخيص التهاب في المسالك البوليه عند النساء اعمل دواء من الفيجن وعود الزيتون والميرميه والكرفوس (حبوب عطاره) وبذرة الخله حيث تغلي جميعها مع بعضها البعض وتقوم المريضه بشرب كميه منها وتعمل تبخيره للجهاز البولي لمدة اسبوع وهذه الوصفه اثبتت مفعولها وقد يسأل احد كيف اشخص التهاب المسالك البوليه فأنا اسأل المريضه اذا كانت تعاني من حرقان في البول اثناء التبول فأذا كانت تعاني فهذا يعني انها مصابه بألتهابات في المسالك

البوليه . واذا كان المريض يعاني من حصر بول فأنني اوصيه بأن يغلي النعنع ويشربه واما اذا كان يعاني من وجود حصى في الكلى والذي يمكن معرفته من خلال سؤال المريض فيما اذا كان يعاني من مغص في خواصره .وبعد ذلك أغلي له كميه من الشعير مع الخله وانصحه بشربها لمدة اسبوعين حيث يعمل هذا الشراب على تفتيت الحصى وبالتالي يساعد على إنزالها .

ففي حالة الم الاسنان واللثه والتسوس اعمل خلطه للمريض تتكون من شبه مقدار حبة الحمص مرتان وعشرة ازرار قرنفل حيث اغليها على النار واطلب من المريض بأن يتمضمض بكميه قليله لان الزياده من هذا المحلول يسبب اعراض جانبيه وقد تسقط الاسنان لذلك لاانصح باستخدامه بكثره .

واما في حالة البواصير فهنالك وصفتان:

الاولى ـ نأخذ كميه قليله من عشبة القبار وهي خضراء وتعلك بالفم وبعد ان تخلط باللعاب وتصبح طريه تعمل على شكل تحميله توضع على الباصور لمدة ثلاثة ايام ، يوم بعد يوم فتقوم هذه التحميله على تنشيف الباصور . إن طعم هذه الماده في الفم يعطي على حموضه ولكن عند وضعها على الباصور فانها تحرق . الثانيه ـ نجلب كميه من الصبره المره ودهن البطاريخ وتدق مع بعضها البعض وتخلط مع نصف وقية سمن بقر بلدي وينظف مكان الباصور ويدهن بهذا المزيج الذي يحرق الباصور ويعمل على اسقاطه .

ولدي الكثير من الوصفات العربيه حيث اوصف الثوم على شكل تحميله لمن يعاني من الدود الشعري والنفاخ واما اذا كان يعاني من تقريطه(الاسهال الشديد مع الالم) ووجع رأس فأنني اوصيه بأن يخلط الثوم مع اللبن ويقوم بشربه حتى تزول اعراض المرض وكذلك يراجعني الكثير من كبار السن الذين يعانون من العجز الجنسي فأعمل لهم وصفه عربيه تفيد لمثل هذه الحاله، فاخلط كميه من الجنزبيل والقزحه وحبة بهار حجم كبير(بهار الطعام) واضع هذه الخلطة على النار حتى تسخن ثم تخلط مع العسل ويتم تناوله على الريق وبواقع معلقه على الريق كل يوم ٠ وكذلك عندما لا استطيع تشخيص المرض فأنني اطلب من المريض ان يغلي كميه من الحلبه مع الماء ويقوم بشربه وهذا يفيد لجميع الامراض ٠

وغالبية المرضى الذين اقوم بمعالجتهم بالوصفات الشعبية والحجب هم من كبار السن ٠- فالقرآن الكريم والرسول صلى الله عليه وسلم حثا على ذلك - وهؤلاء المرضى قد يراجعون المركز او المستشفى ولكنهم في النهاية يعودون لاعمل لهم وصفات او اكتب حجباً ٠

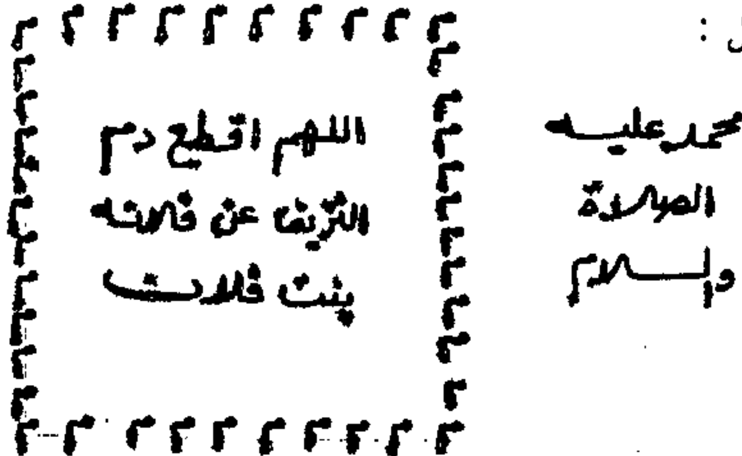
يعتقد الكثيرون من ابناء القرية ان التداوي بالحجب يشفي الكثير من الامراض ، ويوقف النزيف ويعالج الثآليل وغيرها. ومن وجهة نظر الذين يتعاملون بها انهم لا يتعاملون بها لقاء اجر وانما لوجه الله تعالى .اما قبول الهدايا من وجهة نظر سكان القرية فلا يعد ثمناً لعلاجهم وذلك لان المداوي لا يطلب منهم اجراً وانما يعطونه الهدايا من تلقاء انفسهم .فيقول سكان القرية انهم اقبلوا عليه لان ظروفهم الماديه لم تكن تسمح لهم بمراجعة المستشفيات والعيادات والاطباء الخاصين ، حيث كان يترتب على ذلك تكلفة مادية لم يكن بامكانهم دفعها . ان هذا النوع من المداواة (الحجب) نابع من خلفيتهم الدينيه وذلك لان الرسول في حديثه - من وجهة نظر سكان القرية - يحث على التداوي بالقرآن حيث قال « خذ من القرآن ما تشاء لمن تشاء » وكذلك يقول الله تعالى « ونزلنا من القرآن ماهو شفاء ورحمة للمؤمنين » فالتعامل بالحجب يغلب عليه القران الكريم واحياناً يقوم المداوي بقراءة آيات من القرآن الكريم اثناء قيامه بالممارسات الطبية وذلك ليقرن عملية العلاج بحديث الرسول . ولازال البعض من ابناء القرية يتداوون بهذا العلاج (الحجب) على يد بعض الافراد، منهم من هو من داخل القرية ومنهم من هو من خارجها .

تبين الحالة التالية كيف كان الشيخ (م.س.خ) يقوم بمداواة المرضى (بالحجب) والممارسات الطبية التي كان خلالها يقوم بقراءة القرآن حيث يقول:

> لقد استعملت كتب الطب والحجب منذ عام ١٩٤٦ ، حيث كنت اجتمع مع بعض من كان يتعامل بها مثل الشيخ محمد حسين وهو مصري الجنسيه وكان يسكن في مدينة الرصيفه وذات مره واثناء خدمتي في القوات المسلحه كنت في زياره لمدينة الرصيفه وكان لي نصيب الالتقاء به ، وبعدها أصبحت أتردد على بيته وتعلمت منه كتابة (الحجب). وفي بداية تعاملي (بالحجب) كانت ابنة عم زوجتي تنجب ويموت مولودها وقد عرضت عليها ان اكتب لها حجاباً لضمان عدم وفاة مولودها وبالفعل كتبت حجاباً لها ورزقت بمولود ذكر اسمته ذيب وقد اصبح شيخ دين .

بعد هذه الحادثه أصبحت أتعامل مع الطب وأعالج الثآليل.
وذات مره جاء رجل من قرية (حكما) وكان يشتكي من الثآليل، وقمت بجلب حبات شعير ووضعتها على الثالول وامسكت في يدي سكيناً وبدأت أقرأ بعض الايات والتعاويذ : شجرة حماد في صخرة صماء فجاءها يونس ذو النون فضربها بعصاه فتفجرت فصار كل فوق منها كالطود العظيم. يا شجر التوت موت موت موت). وأثناء قرأتي كنت أحك حبة الشعير بالثآليل،وبعد الانتهاء من العمليه وضعت حبات الشعير ببيضه يوم السبت ووضعتها في (خريطة) ووضعتها في المزبلة لكي تتلف بسرعة لضمان عدم عودة الثآليل للمريض وبأمر الله نجحت العملية .

واما فيما يتعلق بنزيف المرأة فقد كنت اكتب لها (حجاباً) واكتب فيه آيات قرانية من سورة هود وعبارة صلى الله على سيدنا محمد وعلى آله وصحبه ، وكذلك اكتب في ورقه اربعين « م » بهذا الشكل :



أما فيما يتعلق بالصداع (وجع الرأس) او الشقيقه . فأكتب هذه العبارات : « وله ما سكن في الليل والنهار وهو السميع العليم اسكن ايها الصداع كما سكن الريح لسليمان ابن داود عليهما السلام اسكن ايها الصداع كما سكن البراق لمحمد عليه السلام اسكن كما سكن عرش الرحمن . بسم الله الرحمن الرحيم « الم تر الى ربك كيف مد الظل ولو شاء لجعله ساكناً ثم جعلنا الشمس عليه دليلا ثم قبضناه الينا قبضاً يسيراً » . او أكتب له : اسكن ايها الوجع بحق من يقول للشيء كن فيكون

وضرب لنا مثلا ونسي خلقه قال من يحي العظام وهي رميم قل يحيها الذي انشأها وهو بكل خلق عليم « اسكن ايها الصداع الضارب والوجع بقدرة الله تعالى اسكن بحق توارة موسى وانجيل عيس وقرآن محمد صلى الله عليهم وسلم اسكن بلا حول ولاقوة الا بالله العلي العظيم » . ومن ثم اطلب تخيطها داخل شريطة وتعليقها على ثياب المريض . كما أخذ ماء وملحاً وأذيبهما معاً وأضيف لهما قليلا من الحناء ثم اتلو عليهما آية الكرسي احدى وعشرين مرة والفاتحة عشر مرات وأدهن بها المصاب بالحمى التي تسبب له وجع الرأس فيشفى بأذن الله تعالى .

وفي حالة كثرة بكاء الطفل، أعد له (حجاباً) أكتب فيه « بسم الله الرحمن الرحيم والصلاة والسلام على النبي صلى الله عليه وسلم، وتحسبهم ايقاظاً وهم رقود فمن هذا الحديث تعجبون وتضحكون ، ولا تبكون فضربنا على اذانهم في الكهف سنين عددا وخشعت الاصوات للرحمن فلا تسمع الا همساً ارقد ايها الطفل المولود بقدرة الحق المعبود ولا حول ولا قوة الا بالله العلي العظيم . وصلى الله على سيدنا محمد وعلى صحبه وسلم ».
أو أكتب : أفمن هذا الحديث تعجبون وتضحكون ولا تبكون، ولبثوا في كهفهم ثلاثة مايه سنه وازدادوا تسعة فضربنا على اذانهم في الكهف سنينا عدداً. وأقرن ذلك بهذا الخاتم الذي يعني اسم الله الاعظم :



وأطلب من ذويه تثبيته على ثياب الطفل فأنه ينام بقدرة الملك العلام . او أكتب على ورقة واعلقها على الطفل : « عيسى ولد ليلة السبت فلا كلب ينبح ولا ريح يلفح ارقد ايها الطفل من غير بكاء الى ان تصبح ... وصلى الله على سيدنا محمد وعلى

صحبه وسلم • او « مريم ولدت عيسى يوم السبت ولا كلب نبح ولا هواء يلفح بالف لا حول ولا قوة الا بالله ارقد ايها الطفل » وتقرن هذه العباره باسم الله الاعظم •

وفيما يتعلق بالمرأه التي لا تحبل فأكتب لها هذا الطلسم :

واقرن ذلك بكتابة « الف الف لا حول ولا قوه الا بالله العلي العظيم » • وأطلب منها تعليقه على ثيابها ، وايضاً اذا علقت هذا الطلسم على دجاجه لاتبيض باضت باذن الله • وبامكاني معرفة ما اذا كانت المرأه ولود او غير ولود وذلك بكتابة هذا الطلسم :

ثم اطلب منها ان تلحسه بلسانها فأن بالت فهي ولود وان لم تبل فهي عاقر واما في حالة تعسر الولاده فأكتب للمرأه الطلسم التالي :

٤	٩	٢
٣	٥	٧
٨	١	٦

واذا كانت المرأة ترمي اي تجهض فأني اكتب لها سورة الفتح واطلب منها الاغتسال بها في (لقن) ولكن عليها قبل الاغتسال ان تشرب من الماء الذي تذيب به الورقة . ثم اطلب منها ان تحضر قفلا لاقرأ عليه سورة ياسين سبع مرات ساعة تذكير الخطيب للجمعه واغلق القفل بحزام المرأة لمدة ثمانية اشهر ، وبعد ذلك اقوم بكسره حيث تكون قد انتهت فترة الحمل وحان موعد الولادة .

اما الحزازة فأكتب عليها : « فأصابها إعصار فيه نار فأحترقت بحول الله وقوته » . وفي حالة مراجعة مريض يعاني من وجع الظهر فأكتب له على الجنب الذي فيه الآلم : « بسم الله الرحمن الرحيم قل هو الذي انشأكم وجعل لكم الابصار والافئدة قليلا ما تشكرون وله ما سكن في الليل والنهار وهو السميع العليم » . في حالة نزيف الانف فأكتب على جبهة المصاب : « وقيل ياأرض ابلعي مائك وياسماء اقلعي وغيض الماء دققي ، الامر يمحوا الله ما يشاء ويثبت ما عنده ام الكتاب » .

٧ ـ ٢ ـ ٤ ـ الولادة والعناية بالاطفال

كان الاهتمام بالحمل في قرية سال كبيراً وكان الناس ينظرون الى ام البنت فاذا كانت كثيرة الانجاب فانهم يتوقعون ان ابنتها مثلها. الكثير من الناس يسالون عن حمل العروس، فاذا لم تحمل فقد تذهب عمتها (والدة زوجها) بها الى الطبيب او الشيوخ او الفتاحين مثل (م.س) او (ش.ص) واذا حملت فانها تحاول المحافظة على حملها وخاصة اذا تعبت في الحصول عليه لذا فانها تهتم بالاغذية وعدم حمل الاشياء الثقيلة. فالبعض من النساء كن يحملن الحجب وبعض الانواع من الخرز حفاظاً على حملهن ،وكانت النساء تعتقد بان التي تاكل جيداً ياتي مولودها بصحة جيدة، لذا كانت النساء تتناول الحليب واللحمة والبيض. كما وكانت النساء تعتقد بانه اذا ما اشتهت الحامل شيئاً ولم تأكله وحكت جسمها فانه يظهر في الجزء الذي حكته الشيء الذي اشتهته.

وفيما يتعلق بمعرفة ما اذا كان المولود ذكراً او انثى فقد كانت الداية تحاول قياس مدى امتداد المولود في رحم امه حيث اذا كان امتداده بين الخواصر فانه ولد ،واذا لم يكن امتداده بين الخواصر فانه المولود انثى .وكان هذا المقياس يصدق احياناً ويكذب احياناً اخرى . وكذلك كان هناك اعتقاد بالنسبة الى حركة المولود داخل بطن امه، فذا كانت الحركة بسيطة او خفيفة فانه بنت واما اذا كانت حركته كثيرة ومؤلمة لامه فهو ولد .

ولمعرفة الشهر الذي ستلد فيه المرأة كانت الداية تضع يدها على بطن الحامل وتضع كفها اسفل صدرها فاذا كان امتداد البطن ملامس للكف فان المرأة تكون في الشهر الاخير من الحمل، واذا لم يكن امتداد البطن ملامس للكف فان الولادة تكون متاخرة . وبعد الولادة كانت المرأة تلبس خرزه تسمى بالكبسة خوفاً من ان تكبسها(الحاق الضررمما يؤدي الى مرض الام او وفاة المولود) بعض النساء الزائرات اللواتي يعتقد انهن غير طاهرات (عليهن الدورة الشهرية او انهن في فترة النفاس) .

ان غياب المستشفيات وسوء المواصلات جعل نساء القرية يلجأن الى

الولادة فيها على يد الدايات ، وغالباً ماكانت المرأة في القرية تلجأالى نفس الداية في كل عملية ولادة تجريها ، مما يؤدي الى علاقة تألف بينها وبين الداية. وكانت هذه الدايات تكتسب الخبرة من النساء الاكبر سناًاو امهاتهن من خلال تقديم المساعدة للواتي كن يمارسن مهنة التوليد. وكن يحصلن على مساعدة ام المرأة التي تلد او اختها اللواتي كن يقمن بالامساك بها وهي جالسة على وسادة من الخلف بينما تجلس الداية من الامام للامساك بالطفل وبعد ولادته كن يقمن بغسله وتنظيفه . وكن يحظين باحترام كبير في مجتمع القرية ، حيث كانت مهارتهن تعتبر ضرورية ومهمة .

كانت الولادة تتم داخل المنازل ، واذاما تعسرت الولاده كانت المرأة تموت وكان يعتبر موتها قضاء وقدراً ولم يكن هناك امكانية للتعرف على سبب الوفاة . وفي حالة الولادة الطبيعية كانت الدايات يقمن بقطع الحبل السري بواسطة شفرة ، فكانت تقيس الدايات اربعة قراريط (اربعة اصابع) وتقوم بالقطع ومن ثم يربط الحبل السري. ولم تكن الادوات المعقمة معروفة. وكانت الدايه تقوم بتشطيب ظهر الطفل الوليد اعتقاداًبوجود دم فاسد لا بد من خروجه لكي يكسب الطفل عافية . كما كان الناس يعتقدون بان وجود هذا الدم في جسم الطفل سبب لكثرة بكائه واحياناً كانوا يظنون بان سبب كثرة بكائه هو التهاب في حلقه. وفي هذه الحالة كانت النساء يذهبن باطفالهن الى إمرأة كانت تدعى(أم زهره) التي بوساطة سنارة كانت تقوم باستئصال جزء من لهاة الطفل ، وكانت هذه العمليه تعرف«بالطنطاف»«الطنطيف» .

وتوضح الحاله التاليه الكيفيه التي كانت تمارس بها الحاجه (ن.ع.ع) البالغة من العمر مئة عام ، عمليات التوليد والعناية بالاطفال ومعالجة بعض الامراض في القرية .

تقول الاخباريه الحاجه (ن) : كنت اقوم بتوليد جميع نساء القرية، لم تكن النساء يذهبن لطبيب التوليد ولم نعرف الولادة في المستشفى. عندما كان المخاض يأتي امرأة كان زوجها او عمتها او عمها يأتي لعندي واقوم بالذهاب معه الى البيت لاساعدها في عملية الولادة. فكنت اقرأ لها بعض ايات القرآن الكريم مثل اية

الكرسي والمعوذات، واقوم بدهن بطنها بالزيت لان الزيت يطري البطن ويساعد على الولادة. وكنت اطلب منها ان تحاول المشي حتى ينزل ماء الرأس وبعدها اجعلها تضطجع على ظهرها واضع تحتها وسادة واطلب من النساء الموجودات بأمساك ظهرها وانا اساعدها بعملية خروج المولود.وكنت اقوم بقطع الحبل السري بواسطة شفرة جديدة وكنت اتحاشى استخدام القديمة خوفاً من ان يمرض المولود.

كانت هنالك اعتقادات شائعة في القرية وكنا نتبعها. فعلى سبيل المثال كنا نحرم الولاده من اكل اللحم لمدة النفاس، وكنا نطعمها العجه بالسمن البلدي لمدة ثمانية ايام صباحاً وظهراً ومساء. كنا نعتقد بان الام اذا اكلت اللحم في الاربعين يوم بعد الولادة يموت مولودها، لذا كنا نمنعها من اكل اللحم او رؤيته. طيلة ممارستي لعملية التوليد لم اصادف اى تعقيدات ولم اذكر ان اى من المواليد قد مات بسب الولادة. وما اذكره هو ان الخلاصة كانت بعض المرات تتأخر بالخروج وكنت لا اقطع الحبل السري حتى لو تأخر خروج الخلاصة ليوم اخر وبعد اليوم كنت اقطعه وكنت اطلب من الام ان تحاول المشي وبأذن الله تخرج الخلاصة.

ولم يكن يقتصر عملي على توليد النساء ولكن كنت ايضا اعالج الامراض والحوادث التي تحدث للكبار والصغار، حيث كنت ولم ازل اعالج امراض العيون فأذا كان المريض رجلا كبيراً فأنني اوصف له الشيشم مع السكر الفضي حيث اقوم بسحنه مع بعضه البعض واقوم بوضع كمية بسيطة منه في العيون وهذا طبعا للكبار. واما في حالة الاطفال فأنني كنت استخدم له الدودة الحمراء «كحل» مع السكر الفضي.

وفي حالة الاستفراغ اصنع عجينة واضع عليها حناء واضعها على رأس قلب المريض واما في حالة الملع اقوم بشد يد المملوع وادهنها بالزيت واذا كان المريض يعاني من الم في اذنه فأقوم بغلي

زيت وملح واتركه حتى يبرد وبعد ذلك اقوم بتقطير اذنه بواقع مرتين الى ثلاث مرات فقط ، واما اذا كان الطفل كثير البكاء فكنت اقوم بتشطيبه بظهره وصدره حتى يخرج الدم الفاسد من جسمه وكنت استخدم الشفرة الجديدة ولم اعد استخدم هذه الطريقة الان. وفي حالة المغص وخاصة اذا كان الطفل حديث الولاده ولايقبل صدر امه، كنت اذوب له كميه قليله من الكحل واقوم بأسقائه، وكنت دائماً استخدم هذه الطريقة وكان المريض يشفى ويكف عن البكاء. وفي بعض المرات كنت اضيف للكحل كميه من زيت الخروع. وفي حالة النزف كنت اجلب عدة اعشاب من عند ابن جمعه في اربد واخلطها مع بعضها البعض واعمل منها سقيه واقوم بأسقاء المريض وكان يشفى من مرضه.

وكانت هناك بعض الامراض التي لم نكن نعرف اسمها متفشيه وكنا نطلق عليها(المرض الثقيل) فكانت حرارة المريض ترتفع وكنت اجلب جلد قنفد واحرقه واقوم بتبخير المريض عليه ومن ثم اضع عليه الكثير من الاغطية لاجعله يعرق لانه اذا عرق شفى من مرضه واذا كان المريض يعاني من الشرية كنت اقوم بدهنه بالمغره (الصبغه الحمراء) واقوم بألباسه ثوباً احمر وكان يشفى.

واذا كان المريض يعاني من الحمه (الحمى) كنت اضع فخاره في الفرن حتى تصبح حمراء من شدة الحراره وبعد ذلك اضع عليها لبادة مبللة بالماء واطلب من المريض ان يضع كعب رجله عليها وذلك لاجعله يعرق، واحياناً كنت اجلب ديكاً بلدياً واخذ قلبه وكلاويه والقانصه واخلطها بالطحين وادقها مع بعضها بعضاً واعمل منها قراصة « رغيف صغير» واطعمها للمريض وبعدها اطبخ الديك واطعمه له. وهذه الطريقة لم ازل استخدمها لغاية الان.وفي حالة وجود مريض لا يستطيع النهوض من الفراش بسبب الحراره المرتفعه كنت أجلب حرباء ميتة وأضعها على يده بطريقة مربكة وافاجأه بقولي «توجد تحتك حيه(افعى)»، فيشب (يسرع بالوقوف) المريض ويقوم على رجليه ويشفى من مرضه.

واما في حالة الاسهال فأنني استخدم الحميمة وجعدة الصبيان (اعشاب) حيث اقوم بغليها مع بعضها البعض واسقيها للمريض على مدار يومين.والان عندما يسهل الطفل تأخذه امه للطبيب، ولكن في حالة عدم شفائه تأتي به لعندي واعمل له هذه الخلطه،وبأذن الله يشفى. وكنت اجلب هذه العشبة من السهل شرق القرية أوشمالها أو جنوبها.

واما في مايتعلق بالجروح توجد عندي عشبة اسمها عشبة الجرح وهذه للجرح (هيه بهيه) وفي احدى المرات وقع ابن ابني وجرحت رجله وذهب به والده الى المستشفى ومكث فيها يومين ولكن الجرح لم يلتئم وقمت انا بوضع هذه العشبه على جرحه وشفي من جرحه بسرعه. وكذلك هذه العشبة تفيد لوجع الاسنان حيث تغلى مع الملح ويتمضمض بها من تؤلمه اسنانه. بالاضافه لهذه العشبه كنا نستخدم لبن التين لمعالجة الم الاسنان والثآليل. وانا لحد الان اتعامل مع هذا الطب العربي ولكن الاقبال خف عن اول كثيراً،وهذا يعود لوجود المركز الصحي والاطباء في مدينة اربد وكذلك لا اقوم بالتوليد الان لانني اصبحت عاجزة ومقعدة واصبحت الولادة مسؤولية وانعدمت الثقة ما بين الناس،الامر الذي جعلني اكف عن توليد النساء واصبحت النساء تراجع المركز الصحي واصبح الان زوج المرأة يأخذها لتلد في المستشفى واصبح الطبيب يبقى واقف فوق رأسها لحين ولادتها.

٧ ـ ٢ ـ ٥ تجبير العظام

فيما يتعلق بالكسور وتجبير العظام فقد كان الحاج(ف ٠ ص) يقوم بتجبير جميع انواع الكسور ما عدا كسر العمود الفقري وكان كذلك يعالج الرضوض ٠ فقد استخدم الشاش والقصيب والمساطر الخشبيه واللصقات والاصماغ (التي كانت تتكون من التمر ودهن الماعز) لتثبيت الاعضاء المكسور وكان يقوم باعادة تجبير الاعضاء التي لم تكن تجبر بطريقة جيدة ٠ وكان يستعمل ما كان يطلق عليه التعريقة باستخدام نبات الطيون ، حيث كان يضع هذا النبات في وعاء ويغليه بالماء لمدة نصف ساعة وبعدها يبخر العضو المكسورة ومن ثم يقوم بعمل مساج ٠ وكان يقوم بهذه العملية لمدة ثلاثة ايام بعدها يقوم بكسر العضو مرة ثانية ومن ثم تجبيره بالشكل الذي كان يراه مناسباً ٠

هذا وفي حالة المفاصل لم يكن الحاج (ف٠ ص) يقوم بعملية التجبير الا بعد ان يرسل المريض لعمل صورة شعاعية لكي يقوم بالتجبير بالشكل الصحيح ، وذلك لان المفصل اذا ما جبر من دون صورة شعاعية قد يعيق حركة العضو لان الكلس قد يبني عليه ويمنع حركته ٠ واما في حالة الكسر الذي يخرج فيه العظم من الجلد ، فقد كان الحاج (ف ٠ص) يعمل له جبيرة من القصيب او المساطر الخشبيه ويلفه بالشاش ويترك منطقة الجرح مكشوفة وذلك لكي يخرج الصديد منه ٠ وكان الحاج (ف٠ص) يصف للمكسور الاسبرين والمضادات الحيويه وذلك لمنع الالتهاب وتخفيف الالم ، وتوجيه المريض الى تناول الاغذية التي تحتوي على الكلس والمواد البروتينيه مثل اللحم ، البيض ، الحليب والسمن البلدي ٠

تبين الحالة التالية كيف قام المجبر الحاج (ف ٠ص) بتجبير يد احدى الفتيات في القرية

يقول الاخباري (م · س · ع) : « سقطت ابنتي عن ظهر الحمار فجرحت وكسرت يدها، فقمت بسحب يدها وارجاع العظم مكانه ومن ثم اخذتها الى الحاج (ف· ص) الذي طلب مني ان اجلب له بعض المساطر فذهبت الى الدكان واشتريت مسطرتين واعطيتها له· فقام(ف · ص) بشد يد ابنتي وتأكد من ان العظم قد عاد مكانه ثم بدأ يدهن يدها بالتمر ودهن الماعز، ومن ثم قام بلفها بقطعة من القماش بعد ان ترك فتحة من جهة الجرح لكي يخرج الصديد منها· لم يقم(ف · ص) باعطاء ابنتي اي نوع من العلاج ولكن نصحها بتناول السمن والحم والبيض لمدة اربعين يوماً، فشفيت ابنتي والحمد لله ·

ويقول (خ · ف·ص)ان والده المجبر لم يكن يتقاضى اجراً ولكن اذا ما اعطاه احداً هدية فانه لايرفضها·ولم يكن يقتصر العلاج على ابناء القرية ولكنه كان يستقبل المواطنين من جميع انحاء المملكه· وقد كان المجبر يستعين بابنه في عمليات التجبير وكان يقوم بشرح الحالات له ويحاول ان يعلمه التجبير وقد تمكن ابنه من اتقان العملية وهو الان يمارسها بنفس طريقة والده ·

٧ ـ ٢ ـ ٦ ـ التحول من العناية الصحية التقليدية الى الحديثة

ولقد تحسنت الاحوال الصحية لسكان القرية بتحسن وسائل الموصلات (في نهاية الثلاثينات و بداية الاربعينات)٠ فقد كانت فرق التطعيم تأتي الى القرية وتظل في بيت المختار الذي كان بدوره يبلغ اهالي القرية بضرورة جلب اطفالهم من اجل التطعيم ، وتقديم الارشادات الصحية للامهات وعندما تأسست مدرسة سال اصبح هناك نوع من التوعية الصحية لكن مراجعة المؤسسات الصحية في المدن لم تكن شاملة فقد اقتصرت على عائلات الذين التحقوا بالوظائف الحكومية العسكرية والمدينة وذلك لحصول هذه العائلات على التأمين الصحي ٠ وقد ساعد في ذلك توفير وسائل المواصلات ، حيث بدأت السيارات تظهر في القرية الامر الذي سهل على المواطنين الوصول الى الاطباء في العيادات الحكومية والخاصة ٠

وهكذا فالتحسن في وسائل المواصلات وازدياد عدد العيادات الطبية في المملكة فسح المجال امام جميع المواطنين في القرية للاستفادة من الخدمات الصحية الحديثة ٠ ولكن بالرغم من سهولة الوصول الى هذه العيادات الا ان ابناء القرية لم يهملوا الطب الشعبي واصبحوا يستفيدون من الاثنين معاً ، وخاصة في حالة فشل شفاء المريض على ايدي الاطباء في الطب الحديث ٠ ومن كان يتمتع بحاله مادية جيدة ، فقد كان في حالة الولاده يستدعي زوجة الدكتور سعدون من مدينة اربد لتقوم بتوليد زوجته ، ومن خلال قدومها للقرية استطاعت بعض الدايات من ان تتعلم ممارسة التوليد على يدها وبعد ذلك اصبحت تقوم بتوليد نساء القريه ٠

الحاله التاليه توضح كيف حاول احد ابناء القرية من الاستفادة من الخدمات الطبية الحديثة ولكنه في النهايه عاود واستخدم الطب التقليدي المتوفر في القرية ٠

كما ذكر الاخباري(م ٠ أ٠ ع) : كان احد المواطنين في القرية يعاني من مرض السكري وكان يتناول علاج لهذا المرض ويتبع حمية معينة وكانت اموره على ما يرام ، الا انه في مرة من المرات عانى من الم شديد في معدته ٠ فقامت احدى نساء القرية بوصفه (الشبة) كعلاج لالم معدته حيث قام بدوره بشراء اوقية منها وسحنها واصبح يلتهم منها على الريق ٠ فاصيب في بادئ الامر باسهال شديد وتبعه نزيف شديد ولم يعش اكثر من اسبوع بعد التهامه مادة الشبة وتوفي ٠

فالتعليم وانخراط الابناء في الوظائف والتوسع في نطاق الخدمات جعل اهل القرية يشعرون بضرورة مراجعة المؤسسات الصحية في جميع انحاء المملكة واين ما توفرت امكانية حصولهم على العلاج ، ونتيجة لازدياد الوعي الصحي اصبح الاهالي في القرية يشعرون بضرورة اجراء عمليات الولاده في المستشفيات الامر الذي ادى الى انخفاض نسبة ممارسات الدايات البلديات الى حد كبير جداً بحيث اصبحت الدايات اللواتي كن يمارسن عمليات التوليد والمداواة يراجعن هن أنفسهن المستشفيات لتلقي العلاج ٠

والحالة التالية توضح كيف بدأت احدى الدايات تراجع مستشفى ايدون العسكري وتتلقي العلاج فيه وتنصح النساء بمراجعة المستشفى في حالة الولادة ٠

تقول الاخباريه السيده (خ ٠ ع) التي تحمل تأمين صحي عسكري : « كنت أراجع مستشفى ايدون العسكري لانني مريضه بالسكري وأعتقد أن سبب المرض هو كثرة البكاء على ابني الذي سافر ليدرس في امريكا ٠ في بداية الامر كنت اقول لزوجي واولادي انا مريضة ، عندي مرض بالدم ولم يكن احد يسمع لي وكانوا يقولون (انت ناصحة ولاتعانين من أي مرض) وكنت اشعر بالسكري عندما أشرب الشاي ، حيث كنت أشعر بهبوط عام ٠ وفي مرة ذهبت للطبيب وفحصت دمي وبعدها تبين بان عندي مرض السكري وعندها مشيت على حمية واعطاني الطبيب دواء ،

وبقيت على الحمية ولم آخذ الدواء ولكن السكر بقي مرتفعاً وبعدها اضطررت لآخذ العلاج ٠ فكنت اراجع مستشفى ايدون وفي اليوم الذي كنت اذهب لايدون فيه تتعطل جميع اشغالنا وكنت أخذ زوجي الطاعن في السن معي كمرافق وبشكل دوري لعمل فحوصات للسكري ومن ثم الحصول على العلاج اللازم ٠ وبقيت على هذا الحال الى ان تم افتتاح المركز الصحي في سال ٠

اما فيما يتعلق بممارسة عملية التوليد فقد كانت بعض النساء تستدعيني لتوليدهن وكنت اذهب وفي اول خطوة اعملها هي الطلب من الولادة ان تمشي قدر المستطاع وانا في هذا الخصوص اعارض ماتقوم به المستشفيات اليوم حيث تبقى المرأه في السرير ويتم وضع اجهزه عليها وتربط الاحزمة وهذا العمل في رأيي يؤخر عملية الولادة بينما كثرة المشي ودهن بطن الحامل بالزيت يسرع من نزول ماء الرأس الذي يعد اول خطوة في عملية الولادة ٠ وكنت عندما اشاهد نزول ماء الرأس اطلب من المرأة ان تستلقي على ظهرها وأقوم بمساعدتها بامساكها من ظهرها وذلك لاعطائها قوة تساعد على انزال المولود ٠ وعندما ينزل المولود أقوم بتنويمها على ظهرها وأدعها تستريح ولاأقوم بقطع الحبل السري الا حين خروج الخلاصة ولو استدعى الامر الى ان يبقى الطفل متصلا بها الى يوم آخر والسبب هو ان اجعل المولود يتغذى من امه ٠

بعد الانتهاء من عملية الولادة كنت أقوم بغسل المولود على مدار ثلاثة ايام ٠ وبعد عشرة ايام من الولادة كنت أقوم بتمليحه فكنت اضع كأسين من الملح في طشت ماء وأقوم بدهن جسم المولود حتى عيونه وأذانه ٠ وكنت اعتمد في ذلك على المثل القائل (عينك غير إملحه) وهذا يقال للانسان الصلف الذي لايستحي ٠ وكذلك كنت املح الفم لانه اذا لم يملح الفم سوف تحدث للمولود رائحة فم عندما يكبر ، وكنا نطلق عليه تسمية (اشخم)

وفيما يتعلق ببكاء الطفل كنت عندما يبكي أقوم باعطائه ماء وسكر لكي ينظف معدته مما تبقى فيها من اوساخ ، حيث هذه الاوساخ هي التي تسبب المغص للطفل ٠ وكنت انصح الام بالاستمرار بارضاع الطفل من حليبها لان الرضاعه من الام تجعل الطفل يكبر بسرعة وتحميه من الامراض ٠ وفيما يتعلق بسلامة عظام الطفل الحديث الولادة كنت اقوم بتمديده على رجلي وامسك رجليه من الكفات واقوم بشده حتى يستقيم جسمه وعندما ارى الرجلين على مستوى واحد أقوم بتلفيعه وربط (قماط) حوله من فوق (الفاع) وبهذه الطريقه أكون متاكدةً بان عظامه سليمه ولاتوجد عنده مشاكل في جسده وعظامه ٠ لم اصادف اي تعقيدات اثناء فترة قيامي بعمليات التوليد ولم اصادف اي مشكلة في اية حالة وحتى لم يحدث اي نوع من النزيف او اي خلع ولادة ٠

كان هنالك الكثير من الاعتقادات التي كانت تؤثر على حياتنا ٠ فكان هنالك اعتقاد بان الذي يقطع الصره (الحبل السري) ما بخلف وانا رغم هذا الاعتقاد كنت اقطع الصره وكنت اخلف انجبت ثلاثة ذكور وستة بنات ولقد اثر هذا الاعتقاد على الكثير من نساء القرية وكان سبب عدم ممارستهن لمهنة التوليد خوفاً من عدم الانجاب ٠ وعندما ظهرت السيارات في القرية اصبح ميسورو الحال يستدعون زوجة الدكتور سعدون من اربد لتقوم بتوليد زوجاتهم وفي مرة من المرات كنت موجودة عند ولادة وجاءت زوجة الدكتور سعدون لتوليدها ، فقامت بتعليمي بعض الاشياء عن الولادة وجعلتني ارى الخلاصة التي تحتوي على المولود ٠حيث اخبرتني انه من الخطر ان يبقى الطفل متصلا بها بعد ولادته ومن ذلك الحين اصبحت اقوم بقطع الحبل السري بعد الولادة مباشرة ٠

وفي الوقت الحاضر لاامارس التوليد حيث انني بدأت أخاف أن يحدث أي شي قد يجلب لي المتاعب والسبب في ذلك هو انعدام الثقة بين الناس ٠ وأناالان وبالرغم من انني اعارض بعض خطوات

الولادة في المستشفى الا انني انصح النساء بالذهاب الى هناك ، حيث أنه اسلم لهن ، ونحن كنا نولد عن جهل ، ولكن الان الولادة اصبحت عن علم واصبح هنالك جراحة حيث اذاتعسرت الولادة يقوم الطبيب بعمل عملية واخراج المولود ، واذا حصل للولادة نزيف يقوم المستشفى باعطائها دم ٠

وبناء على خطط التنمية التي تبنتها الحكومة لتوسيع الخدمات لتصل الى المواطنين في اماكن سكنهم ، قامت الدولة بفتح مركز امومة وطفولة في القرية عام ١٩٨١م ليقوم بالاشراف على الامهات وتقديم المطاعيم للاطفال والاعتناء بهم لفترة ما قبل المدرسة ٠ وفي عام ١٩٨٥ شعر ابناء القرية بالحاجة الى وجود مركز صحي في قريتهم ليتفادوا الكثير من المشاكل والمتاعب التي كانت تواجههم عند مراجعة الاطباء في مدينة اربد وعمان والمستشفيات العسكريه ٠ فقام المخاتير واعضاء المجلس البلدي بكتابة عريضة وذيلوها بتواقيعهم وراجعوا بها وزير الصحة الدكتور زهير ملحس الذي وافق على طلبهم ، وطلب منهم تأمين المكان ٠ فقامت البلديه باستئجار منزل الشيخ محمد عبدالله العبابنة المكون من طابقين بمبلغ الفي دينار اردني سنوياً وتم نقل مركز الامومة والطفولة اليه واصبح يشغل الطابق السفلي منه ، وجاءت هذه الخطوه لتتماشى مع سياسة وزارة الصحة القاضية بايصال الخدمات الصحية الى من هم بحاجة اليها في اماكن سكنهم واصبحت الخدمات الصحية تركز على الجانب الوقائي بالاضافة الى تقديم العلاج ٠ واصبح سكان القرية يراجعون المركز للاستفادة من هذه الخدمات ٠

٨ ـ الرعاية الصحية الحديثة في قرية سال

٨ ـ ٠ ـ تمهيد

يلعب المركز الصحي دوراً اساسياً وهاماً في النظام الصحي،اذ انه المؤسسة الصحية التي تقوم بتقديم الخدمات الصحية المباشرة للمواطنين ٠ وهذ الخدمات الصحية تقع في جزئين : الاول تقديم الخدمات العلاجية للافراد ومجالها الفرد والثاني تقديم الخدمات الصحية الوقائية للمجتمع بأكمله ومجالها المجتمع كله الا ان هذه المؤسسة لا تحتوي على اسرة الا لحالات الطوارئ والعناية بالامومة والطفولة (منظمة الصحة العالمية ١٩٨٤ : ١٢) ٠

يشير قبعين وأخرون (١٩٨٨ : ١) الى ان الاردن استجاب لقرارات مؤتمر الماآتا الداعي لاعتماد اسلوب الرعاية الصحية الاولية لتحقيق الصحة للجميع فبدأت وزارة الصحة الاردنية بتوسيع قاعدة المراكز الصحية ونشرها في جميع انحاء المملكة ، لتصل الخدمات الصحية (الوقائية والعلاجية) الى جميع فئات الشعب الاردني،حتى اصبح هناك مركز صحي لكل تجمع سكاني يتراوح تعداده ٢٠٠٠ ـ ٣٠٠٠ نسمه ٠ وفي هذا الخصوص يقول كوري وأخرون :

> تمشياً مع التوصيات التي خرج بها مؤتمر الماآتا وخدمة للمواطنين في هذا البلد نشطت وزارة الصحة الاردنية في الدعم والتطوير والتنفيذ لبرامج الرعاية الصحية الاولية المختلفة مثل التوسع في افتتاح العيادات والمراكز الصحية الجديدة وخاصة في المناطق النائية او المحرومة وكذلك تطوير بعض المراكز الصحية لتصبح اشمل في تقديمها للخدمات الصحية (كوري وأخرون ١٩٨٧ : ٣) ٠

فالمراكز الصحية الاولية والفرعية تعتبر حجر الاساس في وزارة الصحة ويعود ذلك لاهميتها في مجال تقديم الخدمات الصحية للتجمعات السكانية التي تتواجد بها. فمن حيث الاطباء لايتواجد بهذه المراكز اطباء اختصاصيون وانما اطباء عامون وهذا يعود لحاجة المنطقة التي يخدمها المركز الصحي. واما الخدمات الصحية التي تقدمها هذه المراكز تتمثل في خدمات الامومة والطفولة،والتثقيف الصحي والاشراف على تشكيل لجان صحة المجتمع وإشراك المجتمع المحلي في،تنفيذ البرامج الصحية ،وتعزيز الاجراءات الوقائية وتقديم الخدمات الطبية العلاجية، وصرف الادوية اللازمة للمواطنين، وتحويل الحالات المستعصية للمستوى الثاني من الرعاية الصحية لتلقي العلاج او إجراء الفحوصات المخبرية والصور الشعاعية.وكذلك تهتم هذه المراكز بالصحة العامة،والاصحاح البيئي، فتراقب الاغذية ومياه الشرب وتشرف عليها وتحاول من خلال الكادر العامل فيها(المراقب الصحي) اكتشاف المكاره الصحية والعمل على التخلص منها(فريحات وأخرون ١٩٩٠: ٤٤ـ٤٥).

يبين كوري وأخرون (١٩٨٧ : ٩) ان نسبة السكان غير المرضى في كل بلد ٧٥ % بينما يوجد ٢٤ % مرضى في بيوتهم و ١ % مرضى في المستشفيات . من هنا يتضح ان الرعاية الصحية الاولية معنية بنسبة ٧٥ % من المواطنين الاصحاء لتساعدهم في عملية الاستمرار في المحافظة على صحتهم. واما فيما يتعلق بـ ٢٤ % من المواطنين المرضى فأن الرعاية الصحية الاولية تحاول تحسين احوالهم الصحية للحيلولة دون اضطرارهم لدخول المستشفيات ، والمركز الصحي الاولي هو المعني بتقديم الرعاية الصحية الاولية لجميع المواطنين على مستوى الفرد والعائلة والمجتمع .

ولالقاء مزيد من الضوء على الدور الذي يقوم به المركز الصحي في قرية سال نتناوله تحت الخدمات الصحية الوقائية و العلاجية : ـ

٨ ـ ١ ـ الخدمات الصحية الوقائية ٠

من الناحية النظرية يفترض ان يقوم جميع العاملين بالمركز الصحي على تقديم الخدمات الصحية الوقائية،حيث يفترض ان ينظم المركز المحاضرات حول السلوك الصحي السليم ومعالجة القضايا المتعلقة بالصحة العامة وكذلك يقع على عاتق المركز مهمة تفعيل دور لجنة صحة المجتمع وتوجيهها نحو خدمة المجتمع من خلال نشر الوعي الصحي وجعل المواطنين يغيروا افكارهم نحو صحتهم لغيروا سلوكهم ويكفوا عن الممارسات والعادات الصحية الخاطئة واستبدالهاباخرى سليمة ٠

فالملاحظ في مجتمع الدراسة ان مهمة الصحة العامة قد القيت على عاتق المراقب الصحي لوحده وذلك لانشغال الطبيب واعضاء الكادر الصحي العامل بالمركز بمعالجة المراجعين من المرضى ٠ فالمراقب الصحي يقوم بمراقبة الاغذية والتفتيش على المؤسسات الغذائية والبقالات والمحال التجارية ومراقبة مياه الشرب واخذ عينات دورية للتأكد من سلامة الاغذية والمياه وصلاحيتها للاستخدام البشري، وكذلك يقوم بالاشراف على الشروط الصحية المتبعة ومدى تطبيقها في زرائب الابقار والاغنام ومزارع الدواجن الموجودة بين المنازل السكنية ،كما ويقوم بمتابعة شكاوى المواطنين،ومتابعة الامراض السارية وكتابة التقارير وانذار المخالفين وتحرير المخالفات و مكافحة القوارض والاشتراك في برامج التطعيم ٠

ان قيام المراقب الصحي بمهام كثيرة جعلته يركز على البعض منها على حساب البعض الاخر فعلى سبيل المثال كان على المراقب الصحي ان يأخذ ١٦ عينة ماء في كل شهر ولكونه قد كلف بمتابعة شكاوي المواطنين حول زرائب الابقار والاغنام والحفر الامتصاصيةواشتراكه في حملة مكافحة الجرذان في القرية

لم يستطيع ان يأخذ سوى ٤ عينات خلال شهر تموز ١٩٩٢ والامر كذلك بالنسبة للامراض السارية فقد ذكر في التقرير الشهري لاعمال المركز ان هناك حالة جدري مائي وحالتين جرب ،ولم يشاهد الباحث او يسمع ان قام المراقب الصحي بعمل استقصاء وبائي لتحديد مصدر العدوى واتخاذ اجراءات وقائية تضمن عدم انتقال المرض لاخرين غير مصابين وذلك باتباع طريقة عزل المصاب وتحديد الادوات التي يجب على المريض استخدامها وعمل اللازم من اجل المخالطين لتجنب الاحتكاك بالمصاب والقيام باعمال التثيف الصحي ٠

لقد شاهد الباحث نماذج استقصاء وبائي قام بتنفيذها المراقب الصحي في القرية تحتوي على جميع المعلومات حول المرض الساري ولكن في الواقع بعد اجراء الاستقصاء الوبائي لاتتم المتابعة ويتم الاكتفاء باعطاء المريض العلاج عند مراجعته للمركز وذلك لانشغال المراقب في الامور الوقائية الاخرى٠ وعند سؤال الباحث طبيب المركز عن الاجراءات التي لابد من اتباعها في حالة اكتشاف وجود مرض ساري افاد :

« عند تشخيص اي مرض وبائي مثل الجرب،التهاب الكبد الوبائي او التسمم الغذائي اطلب من المراقب الصحي عمل استقصاء وبائي ومتابعة حالة المريض والكشف على صحة البيئة للتعرف على اسباب المرض او اسباب العدوى ٠ ومحاولة منع المرض من الانتقال الى الاخرين الاصحاء٠ وكتابة تقرير عن الحالة لمتابعتها» ٠

ولدى سؤال المراقب الصحي عن الكيفية التي يتعامل بها مع الامراض السارية في حالة وجودها وما هي الاجراءات التي يتخذها افاد :

لقد حدثت حالة جرب في القرية وراجع المصاب المركز من اجل العلاج ٠ فطلب مني رئيس المركز عمل استقصاء وبائي٠ فقمت بتعبئة نموذج خاص بالاستقصاء الوبائي واخذت بعض المعلومات عن الحالة من ملف المريض لدى المركز وذهبت الى منزله لمتابعة حالته والكشف على صحة البيئة للتعرف على اسباب المرض او العدوى فقمت بتوجيه عدة اسئلة للمريض للتعرف على

ما اذا كانت هناك حيوانات تربى في المنزل فتبين ان هناك اغنام البعض منها مصاب بالجرب انتقل المرض منها الى المريض فقمت بتوعيته وذويه وطلبت منه استعمال العلاج الذي وصفه له الطبيب مع ضرورة الاهتمام بالنظافة الشخصية ووجوب الاغتسال بالماء والصابون ولبس ملابس جديدة وكي الملابس بعد غسلها وتغير الفراش مع غسله بالستمرار وعدم مخالطة غير المصابين لتفادي العدوى ٠

وبعد سماع الباحث عن حالات المرض الساري هذه قام بمتابعتها مع احد المصابين حيث تبين ان الاجراءات التي اتبعها المراقب الصحي والتوجيهات التي قدمها للمصاب وذويه لم تتبع وذلك لانها من الناحية العملية صعبة التطبيق، حيث لايمكن ان يتم عمل حجر صحي على مريض داخل المنزل وكذلك ان عملية غسل الملابس وكيها وتغيرها وتحديد ادوات للمريض وحده عملية شاقة ومكلفة بالنسبة للاسرة والامر الاكثر اهمية انه لايمكن ان تبعد المواطنين عن الحيوانات المصابة وخاصة انهم يستفدون من حليبها وكذلك كما افاد الطبيب ان العلاج سوف لا يكون ذا جدوى ما دام هناك حيوانات مصابة داخل المنزل وان عملية اتلاف حيوانات او مصادرتها او الطلب من اصحابها ابعادها عن مكان السكن صعب تنفيذه ما دام بعض المواطنين في القرية يربون الحيوانات٠ ولكن كان ينبغي على المركز التنسيق مع دائرة البيطرة في اربد لتقوم بمكافحة المرض ومعالجة الحيوانات المصابة ولكن شيئاً من هذا لم يحدث ٠

وبالنظر الى سجل الامراض السارية في المركز تبين ان هناك العديد من ابناء القرية الاخرين المصابين بالجرب وبعض الامراض السارية مثل جدري الماء وابو كعب والحصبة الالمانية ووجدت هناك حالة التهاب الكبد الوبائي وحالة يرقان وكما اخبرني طبيب المركز والمراقب الصحي ان جميع هذه الامراض قد تم علاجها والسيطرة عليها ٠

جدول رقم ١٨ : حجم القوى العاملة في المركز للاعوام ٩١ ـ ٩٢ ـ ١٩٩٣٠

القوى العاملة	لعام ١٩٩١	١٩٩٢	١٩٩٣
طبيب بشري	٢	١	١
مساعد صيدلي	٢	٢	٢
ممرضة قانونية	١	-	-
عاملة تمريض	١	١	١
مساعد ممرض	٢	٢	٢
قابلة قانونية	١	١	١
كاتبة سجل	١	١	١
مراقب صحي	١	١	١
اذنه	٣	٣	٣
المجموع	١٤	١٢	١٢

المصـــــدر : مركز صحي ســـال ٠

من الملاحظ ان المراقب الصحي هو الذي يقوم بالجانب الوقائي وعمله خارج المركز٠ اما بقية الكادر فهي تقوم بالجانب العلاجي داخل المركز علماً ان الرعاية الصحية تركز على الوقاية قبل العلاج٠ ولعل حجم الكادر العامل في المركز لا يسمح للطبيب وبقية الكادر بمغادرة المركز الصحي والاهتمام

بالجانب الوقائي (انظر الجدول ١٨) حيث اذا خرج الطبيب لا يوجد من ينيب عنه الامر الذي حدا بان تكون الصحة العامة من مهام المراقب الصحي ٠

والحالة التالية تبين ما يقوم به المراقب الصحي وما هي المهام المناطة به ٠

يقول المراقب الصحي العامل بالمركز : اقوم باعمال الرقابة الصحية كاملة في القرية ٠ فاقوم بالمرور اليومي على المحال التجارية والبقالات والمؤسسات الغذائية لمتابعة الشروط الصحية واقوم بتقديم بعض الارشادات حسب الوضع الذي اجده وفي زيارتي الثانية فاذا لم تتبع الشروط الصحية اقوم بتوجيه تنبيه للمخالفين ومن ثم اعطيهم انذاراً بضرورة اتباع الشروط الصحية واذا تبين ان الشروط الصحية غير متبعة اقوم بمصادرة المواد التالفة وتحرير مخالفة لاصحاب المحال الذين يبيعون مواد قد تضر بالصحة٠كما واقوم بأخذ عينات غذائية وارسلها الى مختبر الاغذية وذلك للتأكد من الشروط الصحية وصلاحيتها للاستخدام البشري ،وبعد ذلك اقوم باتلاف ما قد يلحق الضرر بالانسان واقوم بكتابة كتاب حجز بالمواد المشتبه بها لاخذ عينات منها للمختبر ٠

وفيما يتعلق بمياه الشرب ،فأني اجلب زجاجات معقمة من المختبر المركزي التابع لمديرية صحة اربد واقوم بأخذ عينات مياه من الشبكة مباشرة ومن الخزانات الموجودة على سطح المنازل ومن ابار الجمع وابعثها الى المختبر المركزي التابع لمديرية صحة اربد وذلك لقياس نسب فائض او نقصان الكلورين للتأكد من سلامة المياه وصلاحيتها للاستخدام البشري واذا كانت العينة غير صالحة اقوم بأخذ عينة ثانية «تأكيدية» من نفس المصدر مع الكشف على الشبكة وخزانات المياه والابار واذا تبين ان المياه المأخوذه منها العينة غير صالح نقوم بمنع المواطنين من تناولها حتى تتم معالجتها وذا كانت العينة مأخوذة من مؤسسة غذائية (محل البان ،ومخبز،ومطعم) نقوم باغلاق المحل حتى يتم حل المشكلة بشكل جذري ٠

ان الاشراف على التخلص من النفايات الصلبة والسائلة من مهامي، حيث اقوم بالكشف على الاحياء السكنية واماكن تجمع النفايات واقوم بتبليغ رئيس المركز الصحي الذي يقوم بتبليغ البلدية عن وجود نفايات متجمعة تؤثر على الصحة العامة لكي تقوم البلدية بازالتها واقوم بانذار الذين ينشرون النفايات بشكل عشوائي غير مراعين صحة البيئة ، وعند ملاحظة وجود مياه اسنه (غير برازية) اقوم بارشاد المواطنين حول كيفية التخلص منها وعدم طرحها في الشوارع وضرورة تحويلها الى الحفرة الامتصاصية وفي حالة الرفض نقوم بإعطائهم انذاراً واذا لم يلتزموا اقوم بمخالفتهم ويتم تحويلهم الى محمكة بداية اربد او تحويلهم الى المحافظ، واذا ما تبين ان هناك تجمعات مائية من جراء تجمع مياه المطر او تسرب المياه من الشبكة في مناطق معينة من القرية نقوم بابلاغ البلدية للعمل على ازالتها او رشها،

واما غالب المشكلات الصحية في القرية تدور حول زرائب الابقار والاغنام ومزارع الدواجن التي توجد بين المنازل والحفر الامتصاصية حيث اشرف على المزارع واطلب من مربي الحيوانات التخلص من الزبل الحيواني ومن لم يلتزم بالشروط الصحية اعطيه انذاراً واحرر بحقه مخالفة واقوم بتحويله الى الجهات القضائية ومن ثم اقوم بمتابعة شكاوى المواطنين المتضررين من جراء تربية جيرانهم للحيوانات بالقرب من منازلهم ،

من المقابلات التي اجريت مع العاملين في المركز الصحي يلاحظ ان هناك تركيزاً على الصحة العامة والتثقيف الصحي، حيث لوحظ في التقرير الشهري الذي يعده المركز عن الاعمال التي يقوم بها طلية ايام الشهر ان هناك ٦ محاضرات تثقيفيه نظمها المركز داخل القرية خلال شهر تموز ١٩٩٢ علماً ان الباحث لم يسمع او يشاهد احداً من العاملين ان قام بتنظيم او اعطاء محاضرات في التثقيف الصحي وقد يعتبر العاملون في المركز ان ما يقدمونه من ارشادات للمراجعين يعتبر بمثابة تثقيف صحي ،

ان المراقب الصحي يبدو اكثر يأساً من رئيس المركز نحو الخدمات التي يقوم بها خارج المركز فيلاحظ من حديثه كثرة التذمر نحو كثرة الاعمال التي يجب ان يقوم بها المركز تجاه الصحة العامة في القرية وقلة عدد الكادر العامل الذي لايستطيع ان ينجز الا القليل فعلى سبيل المثال يقول المراقب : « بانه يتوجب عليه ان يأخذ ١٦ عينة مياه كحد ادني في الشهر الواحد الا انه في شهر تموز ١٩٩٢ بسبب انشغاله بمكافحة الجراذين ومتابعة شكاوي المواطنين ضد زرائب الاغنام والابقار ومزارع الدواجن التي تسبب لهم الضرر. هذا بالاضافة الى متابعة الكهوف المهجورة التي اصبحت مكباً للنفايات وشكلت مكاره صحية تساعد على تكاثر القوارض والذباب مسببة الاذى للمواطنين القاطنين بالجوار منها لم يستطع المراقب الصحي من اخذ سوى اربعة عينات مياه اي ربع العدد المطلوب منه .ويضيف المراقب الصحي بانه لا يستطيع وحده تغطية جميع احياء القرية وانجاز الاعمال التي تطلب منه لذلك فانه قد يكلف بعمل على حساب عمل اخر .

ويوضح المراقب الصحي بانه بالرغم من علاقته الجيدة مع سكان القرية الا انه يواجه الكثير من المتاعب بسبب اعطاء المخلفات وتحويل بعض المواطنين الى الجهات المختصة واخذ تعهد عليهم باتباع الشروط الصحية وعند متابعة هذه القضايا يقدمون الوعود بازالة كل ما يلحق الضرر بالصحة العامة الا انه في حال مغادرة المراقب الصحي لاماكنهم تبقى الامور كما هي .

يؤكد طبيب المركز والمراقب الصحي بان المركز وحده لا يستطيع ان يفرض الشروط الصحية على المواطنين وان الصحة العامة هي مسؤولة المواطنين وبعض القطاعات الاخرى قبل ان تكون مسؤولية المركز، لذلك تم تشكيل لجنة سميت لجنة صحة المجتمع هدفها اشراك المجتمع المحلي والتفاعل معه برئاسة رئيس البلدية وعضوية رئيس المركز والمراقب الصحي واعضاء المجلس البلدي ورئيس النادي وإمام المسجد وبعض المعلمين من المدارس الموجودة في القرية وبعض المواطنين حيث بلغ عدد اعضائها اربعة عشر عضواً .

لقد حضر الباحث احدى اجتماعات هذه اللجنة وشارك في وضع بعض

الحلول للنفايات التي تراكمت امام المنازل لعدم توفر وسيلة نقل لنقل هذه النفايات من امام المنازل واخذها الى مكب النفايات خارج القرية. وبالاطلاع على محاضر الاجتماعات التي كانت تعقدها لجنة صحة المجتمع يلاحظ ان هناك تكرار لنفس القضايا التي بحثت في المحاضر السابقة مما يدل على عدم تنفيذ ما تم اقراره . فالباحث على سبيل المثال لم ير احداً من اعضاء اللجنة من ابناء القرية خلال شهر تموز ١٩٩٢ ان قام بمكافحة الكلاب الضالة ولم يلاحظ او يشاهد احداً من ابناء القرية ان قام بتنظيف الساحات العامة او التفتيش على زرائب الاغنام والابقار حيث كان الباحث يشاهد اكوام الزبل الحيواني مكومة هنا وهناك مسببة الكثير من المكاره الصحية والمواطنون لم يكترثوا لذلك .وبالرغم من شكاوي المواطنين المتعلقة بالحيوانات التي تربى داخل المنازل الا انها عملية غير مسيطر عليها من قبل المركز الصحي.واما فيما يتعلق بمكافحة القوارض فلم يشاهد الباحث سوى المراقب الصحي العامل في المركز الصحي وبعض العمال من بلدية سال يقومون بهذه العملية واما سكان القرية فلم يلاحظ ان قام احد منهم بالمشاركة في هذه العملية .

ولدى سؤال الباحث اذا كان المركز بالاشتراك مع المواطنين يقوم بعمل مسح صحي للقرية لتحديد المشكلات الصحية فيها ووضع الحلول المناسبة لها اشارت النتائج ان ٩٧% من افراد العينة لم يسمعوا بانه قام احد بمثل هذا العمل داخل القرية وبالرغم من ان الباحث لم يشاهد او يسمع عن تنظيم محاضرات تثقيفية طيلة فترة البحث الميداني الذي قضاها في القرية الا ان ٨٢% من افراد العينة اشاروا الى ان المركز الصحي يقوم بتنظيم محاضرات تثقيفية عن طرق انتقال الامراض والوقاية منها، والجدير بالذكر هنا ان النشاط التثقيفي للمركز يركز على القاء المحاضرات التثقيفة في مدارس الذكور والاناث الموجودة في القرية وهذا ما يشير اليه افراد العينة. اما داخل القرية فان هذه المحاضرات نادرة جداً . واما بخصوص مراقبة الاغذية ومياه الشرب فقد اشار ٨١ % من افراد العينة الى ان المركز الصحي يقوم بمثل هذا العمل. واما مكافحة القوارض فقد اشار ٦٨% من افراد العينة الى ان المركز الصحي والبلدية يقومان بمكافحتها وان ٣٢% من افراد العينة اشاروا الى ان المركز والبلدية لا يقومان بالمكافحة وهذا دليل على ان حملة المكافحة لم تشمل كافة منازل القرية .

٨ ـ ١ ـ ٢ ـ التخلص من النفايات الصلبة والسائلة ٠

لقد كانت معظم القرى قبل الستينات من هذا القرن تفتقر الى المراحيض ، الامر الذي ترتب عليه صعوبات كثيرة عند قضاء الحاجة ٠ فقد كان الرجال يضطرون الى سير مسافات بعيدة ليتواروا عن الانظار ٠ واحياناً كانوا يسترون عوارتهم عند التبرز بالعباءة او (الدشداش) الذي كانوا يرتدونه، اما النساء فقد كن يقضين حاجاتهن في البيوت المهجورة والكهوف او تحت اشجار الزيتون في الليل (عبيدات ١٩٨٤ : ٧٦) ٠

لم تكن المراحيض معروفه في قرية سال، فقد كان السكان يقومون بعمل جدار او حاجز على شكل(صيرة) تختفي النساء خلفه عند قضاء حاجاتهن، وكان بعضهن يقمن باستخدام (قطع الفرن) والكهوف المهجورة ٠اما الرجال فقد كانوا يذهبون الى خارج القرية ويتوارون عن الانظار، واحياناً كانوا يقضون حاجاتهم تحت الاشجار بعد ان يقوموا بستر عوراتهم بما يلبسون من ملابس طويلة ٠ ولقد استمر الحال هكذا الى الستينات فبدأ السكان ببناء المراحيض خارج المنازل واصبح المنزل يحوي اكثر من مرحاض ٠ وعندما دخل النمط الحديث من البناء الى القرية اصبحت بعض المنازل تحتوي على وحدة صحية كاملة٠

و فيما يتعلق بالتخلص من النفايات الصلبة ، اعتاد السكان على تجميع القمامة داخل منازلهم ومن ثم نقلها الى مكب يقع الى الجنوب الشرقي من القرية يدعى (المزبلة) ٠ واحياناً كان السكان يقومون بتجميع الزبل الحيواني وتقوم النساء على عمله على شكل قوالب كانت تدعى « جله » (وقوالب الجله) هذه كانت تستخدم في امور كالتدفئه وتحضير الفرن لصنع الخبز وتسخين الماء ٠ وبعد تأسيس المجلس القروي توقف السكان عن طرح القمامة في المزبله(مكان لتجمع النفايات في القرية) واصبحت توضع في اكياس تجمع خارج البيوت ومن ثم يتم نقلها بوساطة سيارة البلدية الى خارج القرية ـ الى مكب النفايات لمدينة اربد والقري التابعة لها ـ الواقع الى الشرق من مدينة الرمثا (منطقة الاكيدر) ٠

وفيما يتعلق بالتخلص من النفايات الجافة ، فقد بينت الدراسة ان ٩٨ % من الفضلات توضع في اكياس خاصه داخل المنزل ، و ٢ % لاتوضع في اكياس خاصة • كما وتوضح الدراسه بأن ٨٩ % من الاكياس التي توضع داخل المنزل تغلق اغلاقاً محكماً في حين ان ١١ % من هذه الاكياس لاتغلق اغلاقاً محكماً • وان ١٦ % منها توضع في وعاء داخل المنزل و ٨٤ % توضع في وعاء خارج المنزل • كما وتوضح الدراسة بأن ١٧ % من اكياس القمامة تنقل الى براميل قرب المنزل و٨٣ % توضع في الشارع بالقرب من المنزل وتبقى لحين قدوم سيارة البلدية لنقلها الى مكب النفايات خارج القرية •

ولقد اصبحت المساكن في القرية ترتبط بنظام خاص للتخلص من الفضلات السائلة والجافة ، واشارت الدراسة ان ١٠٠ % من السكان يستخدمون حفراً امتصاصية متمثلة في ٨٥ % حفر خاصة بكل منزل ، و ٩ % حفر امتصاصية يشترك فيها اكثر من منزل ، و ٦%من المنازل يستخدم سكانها الكهوف المهجورة لتصريف الفضلات السائلة • وهذه الحفر الامتصاصية موصولة بالحمامات والمراحيض والمطابخ في المنزل •

٨ ـ ١ ـ ٣ ـ الامومة والطفولة :

يرى فريحات (١٩٩٠ : ١٥٢) في الرعاية الصحية الاولية صورة متكاملة لرعاية الام والطفل اثناء فترة الحمل والوضع والرضاعة • فالام تمر بتغيرات فسيولوجية الامر الذي يستلزم المراقبة والمتابعة لمنع هذه التغيرات من التحول الى مخاطر تؤثر على صحة الام والجنين • فقد تتعرض الام الى نزيف او تسمم حمل او الاصابة بالامراض المعدية اوسوء التغذية فالرعاية الصحية التي تقدم للام اثناء الحمل والولادة تحافظ على صحتها وصحة طفلها وتؤدي الى عملية ولادة سليمة وطفل سليم خال من الامراض والتشوهات التي تسبب التعاسة لاسرته وتقلب سعادتها الى تعاسة ، ويصبح عبئاً على مجتمعه لذا رعاية الامومة والطفولة تنبع من المشاكل الكثيرة التي قد تصاحب عملية الحمل والولادة •

يقدم مركز الامومة والطفولة التابع للمركز الصحي في قرية سال المطاعيم الضرورية للاطفال دون سن الثالثة وخاصة الثلاثي (الدفتيريا، والسعال الديكي والكزاز ،الشلل ،الحصبة والسل)٠ فالمركز الصحي كما اخبرني رئيسه والقابلة القانونية يولي هذا الجانب اهمية قصوى وحريص على متابعة الاطفال والحوامل معا داخل المركز وخارجه٠ فالدراسة الحالية تبين ان نسبة التطعيم والتحصين مغطاة بشكل كامل فقد بلغ عدد الاطفال ممن هم دون سن الثالثة في عينة الدراسة ٧٦ طفلا كانت نسبة التطعيم فيهم ١٠٠ %٠ فالمركز الصحي يستقبل الاطفال والامهات الحوامل طيلة ايام الاسبوع، ولايكتفي بمراجعة الامومة والطفولة، حيث يتم تذكير الامهات بمواعيد تطعيم اطفالهن، وفي حالة عدم المراجعة تقوم القابلة اوالمساعدة بالاتصال باهالي الاطفال وابلاغهم بحلول موعد الجرعة وعليهم مراجعة المركز باقرب وقت ممكن ٠

توجد في مركز الامومة والطفولة لجنة نسائية تقوم بزيارات منزلية لربات البيوت في محاولة لاستقطابهن وتسجيلهن في المركز٠ تتكون هذه اللجنة من القابلة القانونية والمساعدة وعضوية ثمان نساء من القرية٠ تجتمع هذه اللجنة مرة في كل شهر٠ ففي الاجتماع الذي عقد في شهر تموز عام ١٩٩٢ بحثت اللجنة خلاله امراض الصيف وطرق الوقاية منها، الاسهالات،خطر تناول المثلجات ، تشجيع الاستمرار في مراجعة المركز من اجل معرفة الوزن واعطاء المطاعيم والاطمئنان على الاطفال من جميع الجهات (اهمية التطعيم ضد الحصبة ،الشلل ،والكزاز والاعراض والمضاعفات والعناية بالطفل المصاب) اضافة الى ذلك التشجيع على التسجيل في المركز وضرورة العناية بالحامل اثناء فترة الحمل ومراقبة التغيرات التي تحدث لها وضرورة الاهتمام بالتغذية ٠

الحالة التالية توضح المضاعفات التي حدث لاحدى نساء القرية بعد ان انقطعت عن مراجعة المركز الصحي :

تقول الاخبارية (ن٠م٠ط) : كانت (س) ـ احدى نساء القرية ـ تراجع مركز الامومة والطفولة وكانت تجرى لها جميع الفحوصات المتوفرة ولكن س لم تعد تراجع مركز الامومة

والطفولة بشكل منتظم تبين انها مصابة بتسمم حمل ناتج عن ارتفاع نسبة الزلال وارتفاع في الضغط مما ادى الى وفاة الجنين الذي وجدت عنده تشوهات خلقية ٠ وقد ترتب على ذلك بقاء المراة في المستشفى لمدة اطول من المعتاد لمراقبة حالتها الصحية٠وهذه الحالة اصبحت معروفة على مستوى القرية ٠

وفي حالة اخرى تقول الاخبارية (ن ٠م ٠ ط) ان طفلة رفضت والدتها تسجلها في مركز الامومة والطفولة، بعد سنة من ولادتها تبين انها تعاني من خلع ولاده٠ تسبب لها بالكثير من المتاعب٠ عند مراجعتها مستشفى الاميره بسمه تم تحويلها الى قسم العضام واجريت لها عملية جراحية،وبالرغم من ذلم لم تشف من هذا الخلع الوركي وبقيت تشكو من اثاره، واصبحت والدتها نادمة على ما حدث لطفلتها واصبحت تراجع المركز بشكل منتظم ٠

فالقابلة القانونية والطبيب يقومان بالاشراف على الحوامل اثناء فترة الحمل ومتابعة نمو الاطفال واعطاء المطاعيم الضرورية واجراء عمليات التوليد داخل المركز اثناء الدوام الرسمي واحياناً يطلب من القابلة القيام بعملية التوليد في المنازل في حالة الحمل الطبيعي وعدم وجود تعقيدات٠ حيث اشارت الدراسة الى ان القابلة تقوم بالاشراف على ٤٤ % من النساء الحوامل وتوليد ٤٩ % منهن في المنازل٠ ولعبت مجانية الاشراف والمعالجة في مركز الامومة والطفولة دوراً كبيراً في استقطاب نساء القرية وجعلهن يراجعن للاطمئنان على صحتهن وتطعيم اطفالهن لتحصينهم ضد الامراض السارية والمعدية ٠

تقوم القابلة عند مراجعة الحامل لمركز الامومة والطفولة في بداية الحمل بفحصها حسياً واجراء الفحوصات المخبيرية المعتادة (فحص السكر ، قياس ضغط الدم وتحليل البول ، وقياس الهيموجلبين) ثم تقوم باعطائها موعداً للمراجعة الشهرية وفتح ملف للحامل وتسجل فيه بعض المعلومات عنه (تاريخ الحمل،اخر دوره شهرية نتائج الفحوصات المخبرية والعلاجات المعطاه) وتستمر الحامل في مراجعة المركز لحين الولادة ٠ ان عملية الولادة متروكة للحامل وذويها ليقرروا المكان الذي ستلد فيه ٠ فمستشفيات وزارة الصحة لا تطلب

تحويلا من المراكز الصحية ويمكن استقبال حالة الولادة في اي وقت ٠ فاذا رغبت الحامل الولادة في المركز فان طبيب المركز بمساعدة القابلة يقوم باجرائها اثناء الدوام الرسمي حيث يوجد سرير اعد خصصياً لهذه الغاية واما اذا رغبت في الولادة في منزلها فان القابلة بطلب من رئيس المركز تذهب الى بيتها لاجراء عملية الولادة بعد التأكد من ان امور الحمل طبيعية ولا توجد تعقيدات تعرضها للخطر ٠

الحالة التالية تبين طبيعة عمل مركز الامومة والطفولة وعمل القابلة بشكل خاص٠ فتقول الاخبارية (أ ٠ ت ٠ ج) الحاصلة على دبلوم قبالة من كلية عمان للتمريض التابع لوزارة الصحة لسنة ١٩٨٢ :

> في الوقت الحاضر يشرف مركز الامومة والطفولة على الحوامل والاطفال حديثي الولاده ولعمر ما قبل المدرسه، اقوم بتسجيل الحامل واعطائها رقم عائلي متسلسل ورقم حوامل متسلسل، وأخذ معلومات عنها من حيث الاسم والعمر والعنوان وتأريخ اخر دوره شهريه وعدد مرات الحمل والعمليات القيصريه والطروحات واشياء غير طبيعيه قد تكون حدثت لها٠ ومن ثم اقوم باخذ قياس ضغط الحامل والوزن والطول ومدة الحمل بالاسابيع واطلب منها ان تذهب الى المختبر المركزي لعمل فحص البول ومن ثم اعطيها موعد للمراجعه يكون يوم الاثنين اي بعد اسبوع من اللقاء الاول واطلب منها عمل فحص (HB RH grouping) دم ثم اعطيها موعد يوم الاربعاء من الاسبوع القادم لكي يتم فحص كامل من قبل الطبيب وهذا يكون بالنسبه للحامل التي تزور الامومه والطفوله لاول مره ٠
>
> وبعد ان يقوم الطبيب في المركز باجراء فحص عام للحامل اعمل لها جدولاً تنظيمياً ليسهل التعامل معها حيث اطلب منها زيارة المركز كل شهر مرة ليتم فحص دمها وبولها وقياس ضغطها ووزنها للتاكد من عدم وجود اي تعقيدات من جراء الحمل وفي كل زيارة تعطى الحامل الارشادات اللازمة حسب حالتها، حيث

توجد للبكريه ارشادات خاصه وللتي انجبت ارشادات خاصه وتعطى الادويه اللازمه حسب مايراه الطبيب ٠

هنالك جدول عمل لزيارة الولادات في المنازل حيث اقوم بزيارة الحوامل في المنزل للاطلاع على وضع المنزل ومستوى المعيشة والنظافة العامة وعدد افراد الاسرة ومن ثم اقوم بتجهيز غرفة مبدأية للولادة هذا اذا كانت المرأة ستلد في المنزل واقوم بتوجيه ارشادات صحية لما اشاهده في البيت بطريقة غير مباشرة٠ ولدي برنامج خاص للزيارات المنزلية يرتبط بسجل المواعيد والمراجعات ٠ فاذا تخلفت الولاده عن مراجعة المركز تعطى الاولوية في الزيارات المنزلية للتعرف على سبب التأخير وعدم مراجعة المركز واجراء اللازم لها في بيتها واقناعها بضرورة مراجعة المركز لما له من اثار ايجابية على صحتها٠

ومن طبيعة عمل مركز الامومة والطفولة هو التوليد في البيت وفي المركز حيث يتم اخبارنا بوجود حالة ولاده فاقوم بالذهاب لمنزل التي يتوقع ولادتها وهذا يكون بأمر الطبيب حيث أخذ معي حقيبة التوليد التي تحتوي على ميزان حراره ،جهاز ضغط،سماعة الجنين وادوات ولادة جراحية (مشارط،ادوات خياطه) واقوم قبل استعمالها بتعقيمها بغليها بالماء والملح ٠

هذا واقوم في اول خطوة بتشجيع الحامل واكسابها الثقة بالنفس ومن ثم اقوم بقياس ضغطها ومراقبة حركة الجنين للتاكد من سلامتها ومن ثم احاول مراقبة انقباضات الرحم وفترات التقلص والوقت ما بين الفتره والاخرى ومن ثم اقوم بقياس فتحة الرحم عن طريق الفحص الداخلي،وبعدها اقرر وقت الولاده حيث اذا قربت ساعة الولادة اقوم بتحضير الولاده وتحضير ادوات الولاده استعدادا لاستقبال المولود وتفاديا لاي تعقيدات قد تؤثر على المولود والام وبعد خروج المولود اقوم بتنظيف مجرى التنفس له وقطع الحبل السري بالمشرط المعقم ومن ثم الاهتمام بالام من حيث تخليصها

من الخلاصه وبعدها اقوم بالتبليغ عن المولود من خلال المركز٠

واما في اليوم الثاني اقوم بزيارة الولاده لقياس النبض والضغط والنزيف والحراره٠ وبعد الاربعين تقوم الولاده بزيارة المركز الصحي من اجل فحص الطفل وتقديم المطاعيم اللازمة له ولفت نظر الام بانه عندما يصبح عمر الطفل ٦٢ يوماً يعطي المطعوم الثلاثي والشلل الجرعه الاولى وكذلك اعلامها بانه لا بد من اعطاء الطفل ثلاثة جرع بحيث يكون الفارق الزمني شهر بعد الجرعه الاولى والاخرى٠ وعلى هذا الاساس يقوم الطبيب في اول زياره للام التي وضعت مولودها باجراء فحص عام للطفل واخذ معلومات عنه ووضعها في ملفه مثل الوزن خلال الولاده وحجم الرأس والطول ثم ملاحظة الاطفال غير الطبيعيين وفحصهم كل اسبوعين لمراقبة الوزن٠ ويعطي للطفل الطبيعي موعد كل شهر ويبقى الامر هكذا حتى يكتمل الشهر العاشر موعد جرعة الحصبه حيث يقدم مركز الامومه ارشادات تخص التغذيه وخاصه المواد الكلسيه وبعد ان يكمل العام الاول من عمره يتم اجراء فحص عام له من قبل الطبيب واذا تم اكتشاف اي مرض خلال الفحص يحول الطفل لعيادة الاختصاص ويبقى يراجع حتى العام الخامس وبعدها تتولى الصحه المدرسيه مراقبة نموه ٠

وفيما يتعلق بالاجهزة والمواد الطبية المتوفرة في مركز الامومه والطفوله في سال فأن هنالك ميزان حراره يستعمل للاطفال لغاية السنه وميزان حراره لغاية خمسة سنوات والحوامل، وهنالك ميزان لقياس الطول للاطفال، وجهاز ضغط وسماعة حركة الجنين وثلاجه لحفظ المطاعيم وادوات الولاده (مشارط،ادوات خياطه) وسرير لفحص الحوامل واجراء عملية الولاده وطاولة لسحب الدم٠

يستقبل مركز الامومة والطفولة في قرية سال الحوامل والاطفال من قرية سال والمغير وبشرى حيث بلغ عدد الحوامل المسجلات في المركز لغاية شهر تموز ١٩٩٢ (٢٠٠) حامل وهؤلاء يتوقع ولادتهن بتواريخ مختلفة وعدد الراغبات في تنظيم النسل بلغ (٦٠) امراه وعدد الاطفال الذين اعمارهم اقل من السنة (١٧٧) وعدد الذين تتراوح اعمارهم من ١ ـ ٥ سنوات (٤٤) طفل ٠ وفي حالة تطعيم المرأة الحامل ضد الكزاز تعطى بطاقة خاصة يسجل عليها عدد الجرعات ٠

جدول رقم ١٩ : توزيع إجابات افراد العينة حسب المستوى التعليمي والاشراف واجراء عملية الولادة ٠

التعليم	الاشراف على الحمل			من يقوم باجراء عملية الولادة			المجموع
	طبيب	قابلة	داية عربية	طبيب	قابلة	داية بلدية	
امي	٥	١٤	١٧	١٣	٢	٢١	٣٦
مدرسة	١٢	٣٠	٢	٣٣	٦	٥	* ٤٤
كلية	١١	٥	-	١٠	٦	-	١٦
جامعة	٢	-	-	٢	-	-	٢
المجموع	٣٠	٤٩	١٩	٥٨	١٤	٢٦	٩٨

* توجد امرأتان لم ينجبن بعد

يلاحظ من نتائج الدراسة انه كلما ازداد المستوي التعليمي للمرأة ازداد الاقبال علي الطب الحديث ،حيث بلغت نسبة النساء اللواتي يشرف عليهن طبيب او قابلة من الاميات اثناء فترة الحمل ٥٢،٧ % واللواتي في مرحلة المدرسة ٩٥،٤٥ % في حين بلغت النسبة في دبلوم كلية المجتمع والجامعة ١٠٠ % وفي المقابل بلغت نسبة النساء الاميات اللواتي اشرفت عليهن اثناء فترة الحمل الدايات البلديات ٤١،٣% وفي مرحلة المدرسة ٤،٥٥ % في حين لم تراجع اى من النساء الحوامل حملة الدبلوم او الجامعة الدايات البلديات اثناء فترة الحمل (جدول ١٩) ٠

ولمعرفة العلاقة بين الاشراف على الحمل والتعليم تم استخراج قيمة الاحصائي كاي تربيع في جدول ١٩ ،حيث تبين ان قيمة كاي تربيع (٤٣،٠٦٠)

بدرجات حرية(٦) وبمستوي دلالة (< ٠،٠٠١) وهذه القيمة دالة احصائياً عند مستوي الدلالة (< ٠،٠٥) ٠وتشير هذه النتيجة الى ان الاشراف اثناء فترة الحمل غير مستقل عن التعليم ٠

وفيما يتعلق باجراء عملية الولادة تبين ان ٤١% من النساء الاميات تمت ولادتهن باشراف قابلة او طبيب، بينما ٤٩% تمت ولادتهن علي يد دايات بلديات ، في حين بلغت نسبة النساء من مستواهن مرحلة المدرسة واشرف علي ولادتهن طبيب او قابله ٨٨% و١٢% منهن ولدتهن دايات بلديات ٠ ولكن بلغت نسبة النساء اللواتي مستواهن دبلوم متوسط او جامعة واشرف علي ولادتهن طبيب او قابله ١٠٠% (جدول ١٩) ٠

ولمعرفة العلاقة بين اجراء عملية الولادة والمستوي التعليمي تم استخراج قيمة الاحصائي كاي تربيع في جدول ١٩ ،حيث كانت قيمة كاي تربيع ٣٧،٥٣ بدرجة حريه ٦ وبمستوي دلاله (< ٠،٠٠١) وهذه القيمة داله احصائياً عند مستوي الدلالة(< ٠،٠٥)٠وتشير هذه النتيجة الي ان اجراء عملية الولادة غير مستقل عن المستوي التعليمي للمرأة في مجتمع الدراسة٠

جدول رقم ٢٠ : توزيع إجابات أفراد العينة حسب العمر و الاشراف واجراء عملية الولادة ٠

العمر	الاشراف علي الحمل			من يقوم باجراء عملية الولادة			المجموع
	طبيب	قابلة	داية عربية	طبيب	قابلة	داية بلدية	
٣٠ فما دون	١٥	٢٠	-	٢٦	٧	٢	* ٣٥
٣١ - ٤٠	١١	١٧	-	٢١	٦	١	٢٨
٤١ - ٥٠	٣	١٠	٤	٩	١	٧	١٧
٥١ فما فوق	١	٢	١٥	٢	-	١٦	١٨
المجموع	٣٠	٤٩	١٩	٥٨	١٤	٢٦	٩٨

* امرأتان لم ينجبن بعد ٠

وبالنظر الى فئات النساء العمرية يتضح انه كلما ارتفع العمر قل الاقبال علي الخدمات الصحية الحديثة من حيث الاشراف على الحمل واجراء عملية الولادة (جدول ٢٠) فبلغت نسبة النساء من الفئة العمرية ٣٠ فما دون اللواتي اشرف على حملهن طبيب او قابله ١٠٠%، بينما بلغت نسبة النساء اللواتي اجرى عملية ولادتهن طبيب او قابله ٩٤% ٠ وبلغت نسبة النساء من الفئة العمرية ٣١ـ٤٠ اللواتي اشرف على حملهن طبيب او قابله ١٠٠% وبلغت نسبة اللواتي اجرى لهن طبيب او قابله عملية الولادة من هذه الفئة ٩٦%٠ اما في الفئة العمرية ٤١ ـ ٥٠ فبلغت نسبة النساء اللواتي اشرف علي حملهن طبيب او قابله ٧٦،٥% وبلغت نسبة من اجرى لهن طبيب او قابله عملية الولادة من هذه الفئة ٥٨،٨٢ % ٠في حين بلغت نسبة النساء اللواتي اشرف على ولادتهن داية عربية ٢٣،٥% واجرى عملية ولادتهن داية عربية ٤١،١٨%٠ من الملاحظ هنا ان نسبة النساء في الفئة العمرية ٥١ فما فوق اللواتي اشرف علي حملهن داية عربية ازداد بشكل ملحوظ وبلغت نسبتهن ٨٤% واللواتي تمت ولادتهن على يد داية عربية عن هذه الفئة بلغت نسبتهن ٨٩% ٠

لمعرفة العلاقة بين الاشراف على الحامل اثناء فترة الحمل والعمر تم استخراج قيمة الاحصائي كاي تربيع في (جدول ٢٠) ،حيث كانت قيمة كاي تربيع (٦٤،٠٦) بدرجات حريه (٦) وبمستوي دلاله (< ٠،٠٠١) وهذه القيمة داله احصائياً عند مستوي الدلالة (< ٠،٠٥)٠ وتشير هذه النتيجة الى ان الاشراف على الحمل غير مستقل عن العمر ٠ ولعل السبب في اشراف الدايات البلديات على الحوامل في الفئات العمرية المتقدمة يرجع الى عدم توفر خدمات صحية حديثة في القرية سابقاً٠

وكذلك لمعرفة العلاقة بين اجراء عملية الولادة والعمر تم استخراج قيمة الاحصائي كاي تربيع في (جدول ٢٠) ، حيث تبين ان قيمة كاي تربيع (٥٣،٩٢) بدرجات حريه(٦) وبمستوي دلاله (< ٠،٠٠١) وهذه القيمة داله احصائياً عند مستوي الدلاله (< ٠،٠٥) وتشير هذه النتيجة الى ان اجراء عملية الولادة غير مستقل عن العمر٠

جدول رقم ٢١ : توزيع إجابات أفراد العينة حسب المهنة والاشراف واجراء عملية الولادة ٠

المهنـــة	الاشراف على الحمل			من يقوم باجراء عملية الولادة			المجموع
	طبيب	قابلة	داية عربية	طبيب	قابلة	داية بلدية	
موظـــف	١٩	٢٣	٣	٣٤	٧	٤	٤٧ *
عســكري	٥	١٢	٤	١٠	٣	٨	٢١
تـــاجر	٥	٢	٢	٦	١	٢	٩
مــزارع	-	٥	٥	٣	١	٦	١٦
عـــامل	-	٣	٣	١	١	٤	٦
ســـائق	١	٤	٢	٤	١	٢	٧
المجموع	٣٠	٤٩	١٩	٥٨	١٤	٢٦	٩٨

* توجد امرأتان لم ينجبن بعد ٠

واذا ما اخذت مهنة الزوج بعين الاعتبار من حيث الاشراف على الحمل واجراء عملية الولادة يتضح ان زوجات الفئتين (الموظفين والعسكرين) اللواتي اشرف على حملهن طبيب او قابله بلغت نسبتهن ٨٩% و ١١% منهن فقط لجأن الى الدايات البلديات اثناء فترة الحمل ،وفي المقابل بلغت نسبة من اجرى لهن عملية الولادة طبيب او قابله ٧٥،٧٥% و٢٤،٢٥% اجرى لهن عملية الولادة دايات بلديات (جدول ٢١)٠واما بقية الفئات للمهن المختلفة في العينة بلغت نسبة النساء اللواتي اشرف على حملهن طبيب او قابله ٦٢% و٣٨% منهن اشرفت الدايات البلديات على حملهن ٠ وبلغت نسبة النساء عند باقي الفئات المهنية ممن اجرى عملية ولادتهن طبيب او قابله ٥٦% ودايه عربية ٤٤% ٠

ولمعرفة العلاقة بين الاشراف على الحمل والمهنة تم استخراج قيمة الاحصائي كاي تربيع في جدول ٢١ ،حيث كانت قيمة كاي تربيع(٢٣،٦٣) بدرجات حريه(١٠) وبمستوى دلالة(<٠،٠٠١) وهذه القيمة داله احصائياً عند مستوي الدلاله (< ٠،٠٥)، وكذلك لمعرفة العلاقة بين من اجرى عملية الولادة والمهنة تم استخراج قيمة الاحصائي كاي تربيع في الجدول ٢١ ، فتبين ان قيمة الاحصائي كاي تربيع(٢١،٥٦) بدرجات حريه(١٠) وبمستوي دلاله (< ٠،٠١٧) و تشير هذه النتائج الى ان الاشراف على الحمل واجراء عملية الولادة غير مستقلّين عن المهنة، ولعل السبب في ذلك ان هناك نسبه كبيره من افراد العينة تحمل تأميناً صحياً يفسح المجال امامها للاستفادة من الخدمات الطبية الحديثة،

٨ ـ ٢ ـ الخدمات العلاجية

تؤكد منظمة الصحة العالمية (١٩٨٤ : ١٢) على انه لابد من ان تتخذ الاجراءات العلاجية للمرضى في مراكز الرعاية الصحية الاولية وذلك حسب حالة المرضى ، وحسب عملية التشخيص ، وتوفر امكانية العلاج والا فان عدم التمكن من التشخيص وعدم توفر العلاج يستدعي احالة المريض الى مستوى اخر من مستويات الرعاية الصحية .

يقدم المركز الصحي في قرية سال الخدمات الطبية العلاجية والاسعافات الاولية للمراجعين من سكان القرية،وبعض القرى المجاورة بما في ذلك الادوية . فالمواطنين عند شعورهم بالمرض يقومون بمراجعة المركز الصحي ، حيث تتخذ الاجراءات العلاجية حسب حالتهم .ويحاول طبيب المركز تشخيص امراضهم واعطائهم العلاج المناسب حسب حالتهم،وعند عدم توفر امكانية العلاج يقوم باحالة المريض ال المستوى الثاني من الرعاية الصحية (مستشفى الاميرة بسمة اذا كان المريض يحمل تأميناً صحياً مدنياً او الى مستشفى ايدون العسكري اذا كان يحمل تأميناً صحياً عسكرياً) . ويقوم المركز الصحي بمتابعة حالة المرضى الذين يعانون من الامراض المزمنة والبالغ عددهم ٧٤ مريضاً وتأمينهم بالعلاج لمدة شهر، حيث يعطى هؤلاء المرضى مواعيد مختلفة يراجعون بها المركز فيتم اجراء الفحوصات المقرره لهم ولقد اخبرني طبيب المركز:

> « ان الهدف من اعطاء هذه الفئة من المرضى العلاج ليس الشفاء وانما السيطرة على حالتهم ، لان الامراض المزمنة غير قابلة للشفاء النهائي، ولكن يمكن السيطرة عليها اذا التزم المريض بالعلاج طلية حياته والا عرض نفسه لمضاعفات هذه الامراض. والمرض المزمن اذا لم تتم متابعته،فانه يتسبب بالمعاناة للمصاب لفترة طويلة وقد يؤثر على سير حياته وقد يسبب له اعاقة قد تستمر لنهاية حياته او قد يؤدي الى وفاته » .

لقد اشارت الدراسة الراهنة الى ان ٩٠ % من المواطنين في قرية سال يستفيدون من الخدمات الطبية العلاجية التي يقدمها المركز الصحي لهم . عند مراجعة المريض للمركز يذهب الى غرفة السجلات الطبية ،حيث يبرز بطاقته التي كتب عليها رقم ملفه اذا كان مسجلا في المركز من قبل ،واذا لم يكن مسجلا يعمل له ملفاً ويعطى رقماً جديداً. واذا كان يراجع بموجب موعد سابق فانه بعد اخذ ملفه يذهب الى غرفة التمريض لاجراء الفحوصات المعتادة، ومن ثم يذهب الى غرفة الطبيب ليقوم الطبيب بقراءة نتائج الفحوصات ،والكشف عليه،واعطائه العلاج. اما اذا كان يراجع للمرة الاولى فيذهب الى غرفة الطبيب للكشف عليه وتقرير نوع الفحوصات التي يجب ان يعملها، ومن ثم يعطى العلاج اللازم، وبعد ان تكتب للمريض الوصفة الطبية يذهب الى الصيدلية للتاكد من توفر الدواء ومن ثم يذهب الى المحاسبة ليستوفى منه ثمن الدواء حسب فئة التأمين الذي يحمله ثم يذهب المريض الى مسؤول الصيدلية ليأخذ العلاج الذي كتب له وارشاده على كيفية استخدامه.

الدراسة الحالية اشارت الى ان هناك ٤٧ % من افراد العينة يحملون تأميناً صحياً مدنياً و٢١ % عسكرياً و٣ % تنمية اجتماعية و ٣ % شركات خاصة وكانت نسبة الذين لا يحملون تأميناً صحياً ٢٦ % وهذه الفئة تدفع ثمن العلاج والكشفية المقررة من وزارة الصحة وكذلك الذين يحملون تأميناً صحياً من شركات خاصة يعاملون كالذين لا يحملون تأميناً صحياً وتستوفى منهم الرسوم كاملة. اما المريض الذي يحمل تأمين صحي فان الرسوم التي يدفعها تكون مخفضه (وهناك بعض الادوية التي تعطى للمواطنين مجاناً مثل ادوية الاسهالات والمقويات بالنسبة للحوامل وادوية القمل) .

يقدم المركز الصحي العلاج لسبع عشرة مجموعة مرضية حسب التقسيم الدولي للامراض وتتركز الامراض الاكثر شيوعاً في قرية سال حسب التقرير الشهري الذي يعده العاملون في المركز عن اعمال المركز طلية الشهر، لشهري تموز ١٩٩١ و١٩٩٢ في امراض الجهاز التنفسي (مجموعة تسعه) حيث بلغت نسبة المصابين بامراض هذه المجموعة (٤٠،٥٩ %) من مجموع المرضى المراجعين لهذين الشهرين ،ويلي هذه المجموعة (مجموعة رقم ٦) امراض الجهاز العصبي ،والاعضاء الحسية حيث بلغت نسبة الاصابة (١٠،١٩ %) وتأتي بعدها

(مجموعة رقم ١٢) الامراض الجلدية و الانسجة تحت الجلد وكانت نسبة الاصابة بها (٩،٤٤ %) ،وبعد الامراض الجلدية تأتي (مجموعة رقم ١٣) امراض الجهاز العضلي والهيكلي حيث بلغت نسبة الاصابة (٧،٤٠ %) من مجموع المراجعين وهذه المجموعات شكلت ٧٥،١٧ % من مجموع الامراض التي تصيب ابناء القرية خلال الشهرين المذكورين اعلاه .

٨ ـ ٢ ـ ١ ـ التمريض

يطلب الطبيب من عاملة التمريض قياس درجة حرارة المرضى والضغط ،واخذ عينات دم منهم لارسالها الى مختبر الرعاية الصحية التابع لمديرية صحة اربد. وكذلك تقوم عاملة التمريض باعطاء المطاعيم ،وادوية الاسهالات ،والغيار على الجروح ،والحروق ،وتساعد الطبيب في عملية خياطة الجروح وتقديم خدمات الاسعافات الاولية للمصابين الذين يراجعون المركز ،وكذلك تقوم باعطاء الحقن وفحص النظر،وتقوم بمرافقة الطبيب الى المدارس، واعطاء محاضرات تتعلق بامور تمريضية عامة ،كما وتقوم بالتثقيف الصحي حول الامراض السارية مثل الايدز،وابو كعب،والجدري المائي، والحصبة والقمل. وتقوم كذلك بمرافقة الطبيب الى المدارس في حالة اجراء فحص شامل للطلبة والطالبات .واحياناً بتكليف من الطبيب تذهب الى منازل المرضى المسنين الذين لا يستطيعون القدوم للمركز، لقياس ضغط الدم، واخذ عينات بول ودم لفحص السكر، واجراء بعض الفحوص الطبية الاخرى، واعطائهم العلاجات الضرورية حسب رأي الطبيب. اما اهم الاجهزة والادوات المتوفرة في غرفة التمريض هي : جهاز تعقيم، ولوحة فحص نظر، وميزان حرارة، وجهاز قياس الضغط وسرير لتسهيل القيام بالامور التمريضة. وبعض اللوحات التمريضية الارشادية .

٥ ـ ٢ ـ ٢ ـ الصيدلية

لما كانت الادوية تلعب دوراً كبيراً في عملية المعالجة تهدف وزارة الصحة الى تأمين العلاجات الضرورية لصرفها للمرضى في المراكز الصحية حسب تشخيص الطبيب ، وترتب على هذه العلاجات ان يقوم التثقيف الصحي بدور فعال نحو كيفية استعمالها، والتعامل معها، وبيان ان الاستعمال الخاطئ لها سواء بتقليل الجرعات او زيادتها يسبب مخاطر يمكن ان يتجنبوها، كما ويجب ان يفهم المريض بان الادوية يجب ان تكون بعيدة عن متناول الاطفال وخاصة الصغار لما لها من اخطار على صحتهم اذا ما تناولوها (كوري وأخرون ١٩٨٧: ٥١ ـ٥٢)

لقد اخبرني مساعد الصيدلي المسؤول في مركز صحي قرية سال ان المركز يغطي ٩٠ % من الحالات المرضية التي تحدث في القرية، وان ١٠% فقط يتم تحويلهم لتلقي العلاج تحت اشراف الاخصائي في مستوى الرعاية الصحية الثانية والثالثة ،والادوية الموجودة في المركز تكفي لجميع الحالات المرضية التي تراجع المركز ٠ فطبيب المركز يتقيد عند وصفه للعلاج بالادوية الموجودة بصيدلية المركز، وفي بعض الحالات يضطر الى كتابة العلاج على وصفة لتشترى من الصيدليات الخاصة ٠ ويعتقد مساعد الصيدلي بان المرضى في حالة متناهية من الرضى عن المعاملة التي يلقونها في المركز وعن توفر الادوية، فمن ناحية المعاملة فانها حسنة، وهذا ما هو ملموس من قبل المراجعين، اما من حيث توفر الادوية وجدواها فان هناك تذمراً من قبل المراجعين حولها ٠

الحالة التالية توضح المعاملة الحسنة وعدم الرضى عن الادوية لعدم توفرها وعدم جدواها كما تبينه الاخبارية (م ٠ ف ٠ ع) البالغة من العمر الرابعة والثلاثين وتراجع المركز باستمرار ٠ تقول الاخبارية :

في كل مرة ازور المركز الصحي اكون بحالة نفسية جيدة، حيث يقوم الطبيب بالكشف على ابني باسرع وقت ويعاملنا معاملة

حسنة الا انه عندما ينتهي من الكشف على ابني، اتفاجئ بعدم توفر الادوية التي يجب ان يتناولها ابني مما يضطرنا الى شرائها من الصيدليات في اربد. نحن نراجع المركز الصحي لان حالتنا المادية لا تسمح لنا بمراجعة الاطباء في القطاع الخاص والاستمرار في شراء الادوية من الصيدليات الخاصة

اننى اراجع المركز باستمرار فاحياناً لا اجد طبيب المركز وابقى انتظره لفترة طويلة، وعندما اسأل عن المكان الذي ذهب اليه الطبيب، يقال لي انه ذهب الى المدارس احياناً، واحياناً ذهب الى مديرية صحة اربد ،واحياناً ذهب الى المستشفى. بالاضافة الى عدم توفر بعض الادوية، وعدم تواجد طبيب في المركز، يطلب منا الذهاب الى مدينة اربد لعمل بعض التحاليل المخبرية واحياناً لا نذهب لعمل هذه التحاليل لانه يترتب عليها مبالغ مالية لانقدر على دفعها. فياحبذا لو كانت هذه الفحوصات تجرى في المركز نفسه وياحبذا لو كان هناك طبيب اخر ليقوم بمعالجة المرضى عند غياب الطبيب الاصيل .

اما فيما يتعلق بالمحاضرات التي ينظمها المركز في المدارس فانني احرص على حضورها لكي استطيع خدمة ابنائي في حالة مرضهم. وانا قمت بتسجيل إبني في مركز الامومة والطفولة واراجع المركز باستمرار. حيث انني مقتنع بكل الخدمات التي يقدمها المركز وقمت بتطعيم ابني لحمايته من الامراض التي قد تسبب له عاهة او تؤدي الى وفاته لا سمح الله .

لاحظ الباحث ان الطبيب المعالج في المركز الصحي يقوم بكتابة الادوية على وصفات خارجية، وكان يطلب من بعض المرضى شراءها من الصيدليات الخاصة، وكان الطبيب غير راض عن الوضع، ولكن العملية لم تكن تقصيرا من المركز نفسه، ولكن كانت مشكلة عامة في المملكة، حيث كانت الادوية غير متوفرة في مستودعات وزارة الصحة، ولقد صادف وجود الباحث في المركز الصحي حين قام معالي وزير الصحة بزيارة الى المركز وأخبره رئيس المركز

بعدم توفر بعض الادوية ووعده الوزير بالعمل على حل مشكلتها وطلب من رئيس المركز أن يراجع مستودع الادوية في مدينة اربد بعد يومين من زيارته.

من الملاحظ ان عدداً كبيراً من المراجعين لم يكونوا مرضى وانما جاؤوا للحصول على الادوية فالبعض منهم كان يقوم بعملية تمثيل حيث كان يقول للطبيب انني اعاني من الم في اسفل الظهر والمفاصل. فعلى سبيل المثال راجع الطبيب (ع . ح . ع) البالغ من العمر ٢٨ عاماً، كانت والدته تعاني من الم في الظهر جاء الى المركز وقام بتمثيل دور مريض يتألم من ظهره لكي يحصل على العلاج وأخذه الى والدته ولكن الطبيب اكتشف امره وطلب منه مصارحته بما يريد فأخبره (ع .ح . ع) انه جاء ليحصل على الدواء لوالدته. فرفض الطبيب اعطاءه الدواء، وطلب منه ان يأتي بوالدته الى المركز الصحي وهو على استعداد لفحصها و اعطائها الدواء اللازم.

٨ ـ ٢ ـ ٣ ـ التحويل الى المستوى الثاني من الرعاية الصحية

نظراً لعدم تمكن الغالبية العظمى من السكان من تحمل تكلفة العلاج عمدت وزارة الصحة لتفادي الفجوة ما بين الغالبية المحرومة، والقلة المحظوظة من خلال توفير الخدمات الصحية في مراكز الرعاية الصحية الاولية، لكي تصل الى جميع فئات السكان.فأصبحت المراكز الصحية الاولية تقدم الخدمات الصحية من حيث التحصين الكافي ضد الامراض، ورعاية الامومة والطفولة، ونشر الوعي الصحي، وتشخيص الامراض ومعالجة البسيطة منها وتحويل الحالات الصعبة والمستعصية الى المستويات الاخرى للرعاية الصحية الاولية (وزارة الصحة ١٩٧٧:١٥-١٦).

تبين الدراسة ان مجموع الذين دخلوا المستشفيات بلغ ٤٢،٠ % من مجموع افراد العينة. ادخل ١٣ فرداً (٣٠،٩ %) بتحويل من طبيب المركز و٢٠ فرداً (٤٧،٦ %) بدون تحويل و٩ افراد (٢١،٤ %) بتحويل من طبيب خاص. وهذا يعني انه لا يوجد هناك التزام بالتحويل من المركز الصحي الى المستوى

الثاني من الرعاية الصحية، ويرجع السبب في ذلك الى وجود اقارب للمرضى يعملون في المستشفيات، مما يسهل عملية دخولهم بدون تحويل، وكذلك وجود فئات (٣ %) تحمل تامين من شركات خاصة تسمح لهم بمراجعة اطباء القطاع الخاص الذي بدوره يحولهم الى المستشفيات. هذا بالاضافة الى القطاع العسكري (٢١،٠ %) يحق لهم مراجعة المستوى الثاني للرعاية الصحية (مستشفى ايدون العسكري) دون الرجوع الى المركز الصحي.

وقد يكون السبب في الذهاب الى المستشفيات عدم ارتياح المواطنين بالخدمة الصحية المقدمة لهم، بسبب عدم وجود الطبيب، وعدم وفرة الادوية التي يوصفها لهم طبيب المركز .يتضح من ذلك ان هناك خللا في النظام الصحي الذي يسمح لهؤلاء بمراجعة المستشفيات واستقبالهم بدون تحويل من طبيب المركز، بالرغم من تسجيلهم كمرضى في ملفات المركز، وكذلك قد يعبر هذا عن عدم ارتياح المرضى للخدمات التي يقدمها لهم المركز.

ان الذهاب الى المستوى الثاني من الرعاية الصحية دون تحويل قد يفسر على انه جهل بالقوانين، والانظمة المعمول بها في مستويات الرعاية الصحية، ووزارة الصحة والذي يتطلب زيادة في التثقيف والوعي الصحي بمدى اهمية التحويل الذي يحصل عليه المريض، والذي يتمثل باعطاء السيرة المرضية عن المريض والادوية التي اعطيت له، الامر الذي قد يسهل عملية علاجه ويوفر عليه المال والجهد وحسن المتابعة.

٨ ـ ٣ ـ التفاعل الاجتماعي

يقوم العامون بالمركز الصحي بتقديم الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية من الساعة الثامنة صباحاً حتى الساعة الثالثة والنصف ما عدا يوم الخميس الذي ينتهي الدوام فيه الساعة الواحدة والنصف بعد الظهر. ويغلق المركز ابوابه امام المرضى ايام الجمع والعطل الرسمية.

ان معظم المراجعين للمركز هم من النساء والاطفال وعدد قليل من

الرجال والسبب في ذلك ان الرجال يذهبون الى العمل٠فالنساء تاتي الى المركز بعد ان تنهي الاعمال المزلية طلباً للمعالجة، او أخذ العلاج، او تطعيم الاطفال، او اجراء فحوصات دورية٠فالطبيب والعاملون في المركز يقومون بمعالجة من يأتي الى المركز خلال ساعات الدوام حيث يقوم الطبيب بالكشف على ٢٥-٣٥ حالة يومية٠اما مركز الامومة فستقبل الحوامل والاطفال طيلة ايام الاسبوع٠

بشكل عام علاقة العاملين بالمركز جيدة، ولا تقتصر على تقديم الخدمات العلاجية داخل المركز، بل يقوم الطبيب والممرضة بزيارة المرضى وخاصة المسنين منهم في منازلهم، وفحصهم وقياس ضغطهم، واخذ عينات دم وبول، وخاصة اذا كانوا من مرضى السكري، ومن ثم اعطائهم العلاج٠ فقد بلغت زيارات الطبيب والممرضة المنزلية خلال شهر تموز ١٩٩٢ عشرين زيارة منزلية واحياناً عند طلب اهالي اي مريض لا يستطيع القدوم الى المركز، تقوم عاملة التمريض بزيارته بتكليف من الطبيب، وتقوم بأخذ حرارته، وقياس ضغطه وأخذ عينات دم منه ونقل الصورة للطبيب لاعطائه العلاج، هذا في الحالات التي يكون فيها الطبيب مشغولا بالمرضى داخل المركز٠ وكذلك يقوم العاملون بالمركز بمتابعة حالته شهرياً، وفي حالة عدم مراجعة المريض في الموعد المقرر وخاصة الذين يعانون من الامراض المزمنة، يقوم الطبيب بالاستفسار عن عدم مراجعته، واذا كان المريض رجلا فانه يبعث مساعد الصيدلي او مساعد الممرض لمعرفة سبب عدم مراجعته للمركز، واذا كانت المريضة امرأة فانه يطلب من الكاتبة او عاملة التمريض بمعرفة عدم مراجعتها للمركز٠

يعتبر طبيب المركز زيارة المنازل ومعالجة المرضى استمراية للمعالجة داخل المركز٠وقد ذهب الباحث بصحبة رئيس المركز للاطمئنان على صحة المريض (م٠أ٠ع) حيث كان في المستشفى، وأجريت له عملية استئصال لجزء من الامعاء، وكذلك كان يلاحظ الباحث زيارات الطبيب والعاملين لبعض المرضى في القرية فعلى سبيل المثال لقد قام احد ابناء القرية (ع٠ج) بالطلب من رئيس المركز الذهاب معه الى منزله حيث ان والدته المسنة تعاني من الديزنطريا فذهب الطبيب وقام بفحصها وقياس ضغطها ثم حولها الى مستشفى الاميرة بسمه لتلقي العلاج هناك حيث بقيت في المستشفى لمدة اسبوع٠ولكون المريضة مسنة وتعاني من ارتفاع في ضغط الدم اصبح ابنها(ع٠ج) يراجع المركز لاخذ العلاج

لوالدته، حيث يوجد لكل مريض مصاب بمرض مزمن كمية دواء تصرف له شهرياً.

يلاحظ ان الاطفال يقومون بزيارة المركز الصحي طلباً للعلاج من غير مرافقة ذويهم، حيث تكون الام منشغلة بامور المنزل فترسل، ابنها او ابنتها المريضة مع اخته او اخيه ليتلقى العلاج او الاسعافات الاولية. يبدي العاملون في المركز انزعاجهم من هذه الظاهرة، لان الاطفال لا يستطعون التعبير عما يشكون منه، او اجابة الاسئلة التي يطرحها عليهم الطبيب لتشخيص المرض. فالطفلة (أ . ع) تبلغ من العمر الثانية عشره ويعمل والدها في السعوديه. ذهبت والدتها الى مستشفى الاميرة بسمه لتراجع طبيب الباطنية هناك، واثناء وجود (أ . ع) مع شقيقها البالغ من العمر سنتين، لاحظت انه يستفرغ ويبكي. فكما قالت (أ.ع) : «احترت الى اين اذهب بشقيقي فتذكرت المركز فجئت به الى هنا ». بعد ان قام الطبيب بفحص الطفل، تبين انه يعاني من هبوط عام ودرجة حرارة عاليه، فاعطي خافضاً للحرارة ومضاداً حيوياً. وطلب الطبيب من الطفلة ان تخبر والدتها بضرورة مراجعة المركز لارشادها حول استخدام العلاج.

يوضح ابناء القرية بانه قبل افتتاح المركز الصحي، كان العديد منهم يذهبون الى مدينة اربد لمراجعة الاطباء في القطاع الخاص، او في مستشفى الاميرة بسمه لابسط الامور. فهناك مرضى يعانون من ارتفاع الضغط والسكري، وهؤلاء بحاجة دورية لاجراء الفحوصات والتحاليل فكان لابد عليهم مراجعة مستشفى الاميره بسمه، او مستشفى ايدون العسكري، او يذهبون الى الاطباء في القطاع الخاص ،ومن لم يذهب منهم الا الاطباء كان يبحث عن طب شعبي داخل القرية وخارجها.

والحالة التالية توضح كيف كانت العناية الصحية قبل المركز وبعد تأسيسه. يقوم الاخباري (م . أ . ع) :

«قبل تأسيس المركز في القرية كنا نبحث عن الطب الشعبي ونتعامل معه.كانت النساء الكبيرات في السن بحكم خبرتهن يصفن الدواء ويعملن الوصفات الطبية وكن يقمن بعملية الولادة.فكانت كل داية تقوم باعداد المواد التي ستسخدمها حيث كن يجلبن بعض الاعشاب ويعدهن بطريقتهن الخاصة ومن ثم تعطى للنساء لتعجيل

عملية الولادة.بالاضافة الى الولادة كن يقمن بالمعالجة وخاصة الاطفال.

لم نكن نحسن التصرف حيال المرض، لذا لجأنا الى النساء الكبيرات في السن وكنا نؤمن بما تفعله هذه النسوة ولو كان يضر بالصحة. اما الان فقد اصبح هنالك طب حديث يقدم من خلال المركز في القرية بما في ذلك الادوية.

يقدم لنا المركز العلاج، واذا لم يتوفر علاجنا يقوم الطبيب بتحويلنا الى المستشفى كما حدث لي. انا مرضت وراجعت الطبيب في المركز حيث قام بتحويلي الى مستشفى الاميره بسمه لانني كنت بحاجة الى عملية جراحية، وبالفعل ذهبت الى المستشفى واجريت لي عملية استصال لجزء من الامعاء. بعد ان خرجت من المستشفى، قام طبيب المركز، وبعض العاملين بزيارتي وتقديم بعض الخدمات الصحية لي، والكشف على جرحي، واعطائي بعض النصائح المتعلقة بعمليتي،وبهذا العمل قاموا برفع معنوياتي وها انا اتماثل للشفاء.

ان معظم العاملين في المركز الصحي من القرية باستثناء الطبيب والمراقب الصحي ومساعد الممرض. فالعاملون في المركز الصحي يعرفون معظم سكان القرية وقد يكونوا اقرباءهم، حيث ان المراجعين والعاملين يبدون ارتياحاً كبيراً تجاه بعضهم البعض فتقول كاتبة السجل :

« انني مرتاحة جداً مع المرضى وانا اتفهمهم ويقومون جميعاً بالتجواب التام مع ما يطلب منهم. تقوم بعض النساء بالطلب مني ارشادهن في بعض الحالات، فاقوم بتشجيعهن ورفع معنوياتهن، واعطائهن بعض النصائح، وحثهن على الاستمرار في مراجعة المركز وجلب بطاقات التأمين، وبطاقات التسجيل الى المركز (البطاقة البيضاء) معهن عند مراجعته، كما واقوم بزيارة النساء في منازلهن، واحثهن على مراجعة مركز الامومة والطفولة اثناء الحمل، وبعد

الولادة لمراقبة صحتهن وصحة اطفالهن. واقوم احياناً بتوزيع النشرات الصحية على النساء وطالبات المدارس» .

يعتبر طبيب المركز ان اسلوبه في الادارة هو الذي ادى اختيار مركز صحي سال كمركز نموذجي في شهر ايار عام ١٩٩١. فالترتيب الاداري في المركز نابع من تخطيط الطبيب حيث تنوب كاتبة السجل عنه في غيابه وذلك يرجع الى علاقتها الجيدة بالمراجعين، لكونها تحظى باحترام معظم سكان القرية ولقرب منزلها من المركز، ويأتي في الترتيب الاداري بعدها مساعد الصيدلي وذلك لخبرته الوظيفية الطويلة، وكبر سنه، ولكونه يحظي باحترام غالبية المواطنين في القرية. ودائماً يتدخل مساعد الصيدلي في حل المشكلات عندما تدعوا الضرورة، حيث انه يعرف خلفيات المواطنين والمراجعين، واحياناً كثيره كان يمهد لهم الطريق لمراجعة الطبيب. بعد مساعد الصيدلي يأتي المراقب الصحي في الترتيب الاداري.

يحاول طبيب المركز ان يكون قريباً من المواطنين حيث لم تفته الفرصة من زيارتهم في منازلهم ومشاركتهم مناسباتهم وكان يهدف من ذلك لكسب ثقتهم حتى انه كان يزور المرضى في منازلهم، ويقدم لهم العلاج اللازم، حتى ان البعض منهم في حالة عدم وجوده في المركز كان يبقى بانتظاره لحين عودته، وان لم يعد يأتوا في اليوم التالي. وكان البعض منهم يعرضون عليه مشكلاتهم الخاصة ليجد لهم حلا.

والحالة التالية توضح عمل طبيب المركز وشعوره نحو عمله وما يجب ان يعمل لتأهيل طبيب المركز . يقول الاخباري (ز . ش) :

« في قناعتي ان طبيب المركز يكون دائماً منسياً وانا اسمي خدمة الطبيب في المركز بالفترة السلبية، حيث ان معلومات الطبيب تبقى كما هي لانه يتعود على روتين معين. بالرغم من انني اعتبر نفسي من المطالعين الا انني بحاجة الى الاستفادة من المعلومات الطبية وتطويرها من خلال الدوام في المستشفيات والاقسام التابعة لوزارة الصحة والدورات في الرعاية الصحية الاولية.

ان وجود طبيب واحد في المركز الصحي لا يسمح بتقديم الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية، وهذا ما نعاني منه في المركز وجعلنا نركز على جانب واحد من الرعاية الصحية (العلاجية). يراجع المركز يومياً من ٢٥ - ٣٥ حالة تزداد في فصل الشتاء، واحياناً نذهب الى مدارس القرية لالقاء محاضرات تثقيفة مما يجعلنا نترك المركز بدون طبيب معالج. وهذا يؤدي الى فقدان الثقه بالخدمات الصحية التي يقدمها المركز ويكون نوعاً من الاحباط لدى المراجعين.

تواجهنا بعض المشكلات اثناء قيامنا بعملنا،فتجد كثيراً من المواطنين يراجعون المركز وهم غير مرضى وانما جاءوا للحصول على الادوية فيبدأون بالشكوى، ولكن بعد التحدث اليهم نجد انهم جاؤوا لاخذ الدواء لذويهم المرضى في المنازل، واحياناً نجد ان المواطنين لا يحملون تأميناً صحياً ويستعيرون بطاقات اقاربهم واصدقائهم، فعلى سبيل المثال جاء طفل الى المركز يشكو من حرارة عالية وبعد فحصه تبين انه يعاني من التهاب رئوي، فقمنا بتحويله الى المستشفى ولكنه رفض ذلك، وغادر المركز وبعد يومين من ذلك عاد الى المركز نفس الطفل باسم اخر. هذا بالاضافة الى مراجعة الاطفال الصغار المركز من دون ذويهم.

والاهم من ذلك ان هناك ازدواجية في المعالجة فقد يذهب المواطن الى مستشفى الاميرة بسمة، او الى ايدون العسكري، ويحصل على كميات لابأس بها من الادوية، فيصبح هناك خلط ما بين الادوية التي نعطيها لهم والتي يحصلون عليها من المستشفيات مما يجعلهم يستخدمونها بشكل خاطئ مسببة لهم اضراراً صحية ».

جدول رقم ٢٢ : توزيع اجابات افرادالعينة حسب التعليم والطبيب الذي تتم مراجعته في حالة المرض ٠

التعليم	المركز	طبيب خاص	طبيب شعبي	المركز و طب شعبي	المجموع
امي	٩	-	٣	٧	١٩
مدرسة	٤٤	٣	-	٣	٥٠
كلية	١٣	١	-	٣	١٧
جامعة	٧	٣	-	٤	١٤
المجموع	٧٣	٧	٣	١٧	١٠٠

من الملاحظ ان للمستوى التعليمي تأثير واضح على اختيار نوع الخدمة الصحية حيث بينت الدراسة أن نسب ١٥،٨ % من الاميين يراجعون الطب الشعبي فقط بالاضافة الى ٥٢،٦٣ % منهم يراجعون المركز الصحي، والطب الشعبي معاً ولا يوجد بينهم من يذهب الى الطبيب الخاص٠ في حين كلما ازداد المستوى التعليمي ازداد الاقبال على الطب الحديث، وقلت نسبة من يختارون الطب الشعبي ، حيث بلغت نسبة الذين يراجعون الطب الحديث سواء في المركز أو الطبيب الخاص ٩٧ % ٠

ولمعرفة العلاقة ما بين المستوى التعليمي ونوع الخدمة الصحية الذي يختارها المواطنون في قرية سال، تم احتساب قيمة كاي تربيع للتوزيع اعلاه في (جدول رقم ٢٢) بدرجات حرية (٩) وبمستوى الدلالة (< ٠،٠٠١) وهذه القيمة دالة احصائياً عند مستوى الدلالة(< ٠،٠٥) وتشير هذه النتيجة أن المستوى التعليمي غير مستقل عن نوع الخدمة الصحية التي يختارها المواطنون بين أفراد العينة ٠

جدول رقم ٢٣ : توزيع اجابات افراد العينة حسب العمر والطبيب الذي تتم مراجعته في حالة المرض ٠

العمر	المركز	طبيب خاص	طبيب شعبي	المركز و طب شعبي	المجموع
٣٠ فما دون	١٧	٤	-	٤	٢٥
٣١ - ٤٠	٢٦	١	-	٤	٣١
٤١ - ٥٠	١٧	١	-	٣	٢١
٥١ فما فوق	١٣	١	٣	٦	١٣
المجموع	٧٣	٧	٣	١٧	١٠٠

بالنظر الى الفئات العمرية لافراد العينة يتبين ان جميع الفئات تختار الطب الحديث بنسب متقاربة، ولكن هناك اختلاف في اختيار الطب الشعبي، حيث انه كلما قل العمر ازداد الاقبال على الطب الحديث والعكس صحيح ، حيث بلغ نسبة الذين يذهبون الى الطب الشعبي من الفئات العمرية ٤٠ فما دون ١٤،٢٨ % وفي الفئات العمرية ٤١ فما فوق ٢٧،٢٧ % وهذه تمثل الضعف تقريباً ٠

وبلغت نسبة الذين يذهبون الى طبيب خاص في الفئات العمرية ٤٠ فما دون ٨،٩٢ % في حين بلغت نفس النسبة للفئات العمرية ٤١ فما فوق ٤،٥٥% وهذه النسبة تشكل الضعف تقريباً (جدول ٢٣) ٠

ولمعرفة العلاقة بين العمر ونوع الخدمة الصحية الذي يختارها المواطنون في حالة المرض، تم استخراج قيمة كاي تربيع للتوزيع في جدول رقم ٢٣ حيث كانت قيمة كاي تربيع (٢٣،٥٨) بدرجات حرية (١٥) وبمستوى الدلالة (< ٠،٠٠٤) وهذه القيمة دالة احصائياً عند مستوى الدلالة(< ٠،٠٥) وتشير هذه النتيجة الى أن اختيار نوع الخدمة الصحية غير مستقل عن العمر ٠ ولعل السبب يعود الى ان العمر يرتبط مع المستوى التعليمي الذي أشرنا اليه في جدول ٢٢ يؤثر على نوع الخدمة الصحية التي تختارها افراد العينة، حيث وضحت الدراسة ان هناك تقارباً بين المستوى التعليمي والعمر ٠

جدول رقم ٢٤ : توزيع اجابات افراد العينة حسب المهنة والطبيب الذي تتم مراجعته في حالة المرض ٠

المهنة	المركز	طبيب خاص	طبيب شعبي	المركز و طب شعبي	المجموع
موظف	٣٣	٣	١	١٠	٤٧
عسكري	٢٠	١	-	-	٢١
تاجر	٦	٢	١	-	٩
مزارع	٥	-	١	٤	١٠
عامل	٣	-	-	٣	٦
سائق	٦	١	-	-	٧
المجموع	٧٣	٧	٣	١٧	١٠٠

توضح الدراسة ان هناك تأثير للمهنة على نوع الخدمة الصحية التي يختارها المواطنون في مجتمع الدراسة ، حيث بلغت نسب الذين يحملون تأميناً صحياً ٧١ % من افراد العينة وهؤلاء يمثلون الموظفين والعسكريين والتنمية الاجتماعية ٠

وقد تبين ان ٧٠ % من الذين يراجعون المركز الصحي هم الموظفون أو العسكريون، وهذا يعود الى ان هاتين الفئتين من المراجعين يستفيدون من تامين صحي ٠ اما باقي المهن الذين يراجعون المركز الصحي بلغت نسبتهم ٣٠ % حيث يحمل البعض تأميناً صحياً من التنمية الاجتماعية والبعض الاخر يدفع ثمن العلاج كاملا وقد يراجعون المركز كونه اقرب مكان لهم (جدول ٢٤) ٠

ولمعرفة العلاقة ما بين المهنة واختيار نوع العلاج تم استخراج قيمة الاحصائي كاي تربيع للتوزيع في (الجدول رقم ٢٤) ، حيث كانت قيمة الاحصائي كاي تربيع (١٧،١٠) بدرجات حرية(٩) ولمستوى دلالة (٠،٠٠٢) وهذه القيمة دالة احصائياً عند مستوى الدلالة (< ٠،٠٥) وتشير هذه النتيجة الى أن اختيار نوع الخدمة الصحية غير مستقل عن المهنة ٠ والسبب في ذلك واضح وهو وجود تأمين صحي عند البعض من المهن٠

جدول رقم ٢٥ : توزيع اجابات افراد العينة حسب الدخل والطبيب الذي تتم مراجعته في حالة المرض ٠

الدخل	المركز	طبيب خاص	طبيب شعبي	المركز و طب شعبي	المجموع
١٢٠ فما فوق	٢٥	١	٢	٦	٣٤
١٢١ ـ ١٤٠	١١	-	-	٢	١٣
١٤١ ـ ١٦٠	٦	١	-	٢	٩
١٦١ ـ ١٨٠	١٠	١	-	-	١١
١٨١ فما فوق	٢١	٤	١	٧	٣٣
المجموع	٧٣	٧	٣	١٧	١٠٠

يلاحظ من الدراسة الي ان هناك تقارب في نسبة الذين يراجعون المركز الصحي (الطب الحديث) والطب الشعبي عند جميع فئات الدخل في العينة ٠ فقد بلغت نسبة الذين يزورون المركز الصحي من ذوى الدخل اقل من ١٢٠ (١٧،٦٥%) وفي الفئه التي يزيد دخلها عن ١٨٠ (٢١ %)وبلغت نسبة الذين يختارون الطب الشعبي من ذوي الدخل اقل من ١٢٠ (١٧،٦٤ %) و ذوي الدخل اكثر من ١٨٠ .(٢١،٢١ %) (جدول ٢٥) ٠

ولمعرفة العلاقة بين الدخل واختيار نوع الخدمة الصحية ، تم استخراج قيمة الاحصائي كاي تربيع للتوزيع في الجدول رقم ٢٥ حيث كانت قيمة كاي تربيع(٨،٧٢) بدرجات حريه(١٢) وبمستوي دلالة (< ٠،٠٠٨) وهذه القيمة غير دالة احصائياً عند مستوي الدلالة (< ٠،٠٥) وتشير هذه النتيجة الي ان اختيار نوع الخدمة الصحية مستقل عن الدخل وان العلاقة بينهما ضعيفة ٠ ولعل السبب كما ذكرنا سابقاً يعود علي ان الدخل المبين في الجدول ليسى الدخل الحقيقي للفئات المختلفة وقد يعتبر الناس ان الدخل هو الراتب فقط، بينما قد تكون هناك مصادر اخري للدخل مثل تربية الحيوانات ، عقار ،الزراعة وغيرها٠

٩ ـ نتائج الدراسة والتوصيات

٩ ـ ١ ـ نتائج الدراسة

نتناول في هذا الفصل اهم النتائج التي توصلت اليها الدراسة الميدانية في قرية سال حول التغير الذي حدث في مجتمع الدراسة وبشكل خاص الخدمات الصحية التقليدية والحديثة • فقد قمنا بتناول هذه النتائج بالتفصيل بالفصول السابقة ، لذا فاننا سنقتصرها هنا على مايلي :

اولا : النتائج المتعلقة بالتغير الذي طرأ على مجتمع الدراسة •

١ ـ تعرضت قرية سال في الخمسينات والستينات الى تغيرات جذرية في انشطتها الاقتصادية وهذه التغيرات كانت نتيجة اقبال الابناء على التعليم والوظائف والاعمال التجارية الحره، فبلغت نسبة العاملين في الوظائف المدنية والعسكرية ٦٨ % بعد ان كان عدد العاملين في الوظائف لا يتجاوز الثلاثة اشخاص• وبلغت نسبة بالعاملين الاعمال الحرة والتجارة ١٥%• وتراجع العمل بالزراعة فاصبحت نسبة العاملين بالزراعة ١٠% فقط • هذه التغيرات اثرت على التركيبة الاجتماعية والاقتصادية والسياسية •

٢ ـ التطور في قرية سال في مختلف جوانبها ادى الى تفكك العائله الممتده الى اسر نوويه ترتب عليها السكن في بيوت مستقله ، فتوسعت القرية ،ونهضت هناك احياء جديده• فاظهرت الدراسة ان ابناء القرية سكنوا الكهوف في بداية قدومهم اليها وفي مرحله لاحقة تركوها وسكنوا في بيوت بنوها من الطين والحجارة وفي مرحله اخرى تركوها وسكنوا في بيوت حديثة• فبينت الدراسة ان ٨٢% من مساكن القرية حديثة و ٣% قديمه و ١٥% تجمع بين القديم والحديث •

٣ ـ اشارت الدراسة انه ولغاية الستينات من هذا القرن كانت القرية تفتقر للمرافق العامة فترتب على ذلك صعوبة في قضاء الحاجة • فكان الناس يذهبون

الى خارج القرية لقضاء حاجاتهم واما النساء فكان يبنى لهن جدار داخل المنزل ليقضين حاجاتهن خلفه • وفي الستينات بدأ سكان القرية بناء المراحيض خارج المنازل ثم اصبحت المنازل الحديثة تحتوي على وحدة صحية كاملة مزودة بالمياه وموصولة بحفر امتصاصية اعدت للتخلص من النفايات السائلة •

٤ ـ بقي ابناء القرية يجمعون النفايات داخل المنازل لينقولوها الى مكب النفايات داخل القرية (المزبلة) الى ان تأسس المجلس القروي ، حيث بدأ هذا المجلس بنقل هذه النفايات الى خارج القرية • ففي الوقت الحاضر يقوم المواطنون بوضع النفايات في اكياس خاصة ويضعونها خارج منازلهم لتقوم البلدية بنقلها الى مكب النفايات في منطقة الاكيدر الى الشمال الشرقي من جامعة العلوم والتكنولوجيا •

٥ ـ حدث تغير على الخدمات العامة في القرية من جراء توسيع الدولة لقاعدة الخدمات العامة فاصبحت المياه تصل الى ٩٣% من السكان عبر الانابيب وبقى ٧% يعتمدون على المياه التي تتجمع في ابار الجمع من مياه الامطار التي تسقط على اسطح المنازل• كما واصبح ابناء القرية يحتفظون بالمياه على اسطح منازلهم بواسطة خزانات معدنية حيث بلغت نسبة الذين يوجد لديهم خزان واحد فاكثر ٩٧% • فاصبحت المياه متوفرة في القرية ويتم استخدامها بشكل متفاوت حسب حاجة الاسره• واما بالنسبة للكهرباء فبعد ان كانت القرية تعتمد ولغاية الثمنينات على وسائل غير متطورة في الانارة اصبحت الكهرباء الان تغطي كافة المنازل وبنسبة ١٠٠% •وفيما يتعلق بالمواصلات فبعد ان كان السكان في بداية هذا القرن يستخدمون الدواب اصبحت هناك سيارات صغيرة وحافلات كبيره تنقل المواطنين من القرية الى مدينة اربد والقرى المجاورة وقام ابناء القرية بتأسيس شركة حافلات تعمل على خط السير ما بين القرية ومدينة اربد وبالعكس•

٦ ـ كان حال التعليم في القرية كحال بقية قرى المملكة ،فلم يكن التعليم متوفراً وكانت القرية تعتمد في تعليم ابنائها على الكتاتيب التي يديرها أئمة المساجد ويعلمون التلاميذ القراءة والكتابة• فلم تكن وسائل التعليم متوفره، فاستخدم ابناء القرية الصفائح المعدنية للكتابة والقصيب والشحبار(السناج)• وفي الاربعينات من هذا القرن وبالرغم من صعوبة المواصلات

بدأ ابناء القرية يذهبون الى المدارس المتوفرة في القرى المجاوره وفي مدينة اربد فلم يتعلم الا عدد قليل منهم واما الان فاصبحت نسبة المتعلمين من الذكور ٩٠،٨% والاناث ٨٣،٧% ولم تعد نسبة الامية تشكل اكبر من ٩،٢% في الذكور و ١٦،٣% من الاناث وهؤلاء من الكبار في السن الذين لم تتح لهم فرصة التعليم. واصبح الابناء (الذكور والاناث) يذهبون الى المدارس المتوفرة في القرية وبعد انهاء مرحلة المدرسة يلتحقون بكليات المجتمع والجامعات.

٧ - تأثرت العائلة الممتدة بالتغيرات التي حدثت في القرية فتفككت الى اسر نووية واصبحت الاسر النوويه تشكل ٨٩% من مجموع الاسر في القرية وبقيت ١١% من الاسر تحوى بعض اقارب الزوجين. وبلغت نسبة الذكور فيها ٥٠،٩% والاناث ٤٩،١% . فاصبح حجم الاسرة اصغر مما كان عليه سابقاً، فبلغ حجم الاسرة في قرية سال ٧،٦٣% والسبب في ذلك هو التغير في التركيبة الاقتصادية الذى ادى الى استقلال الابناء في بيوت مستقله وذلك لعدم وجود حاجة لتواجدهم في عائلات ممتدة للعمل بالزراعة التي تتطلب عددا كبيرا من الناس. ولم تعد روابط القرابة والارض تشكل مصدر السلطة والنفوذ ولم يعد الرجل الكبير ينفرد بالسلطة .

٨ - اشارت الدراسة الى انه وبالرغم من ان الاسرة نووية الا ان هناك علاقة ما بين افراد الاسرة والاقارب في اسرة التوجيه وذلك لعدم وجود من يرعاهم وخاصه الاب والام والاخوان غير المتزوجين وبلغت نسبة الاسر التي يتواجد فيها مثل هؤلاء الاقارب ١١% . ولعل السبب في ذلك هو عدم وجود دور رعاية لترعى هؤلاء الناس (المسنين) مما يجعلهم يلجأون الى السكن مع ابنائهم ليحصلوا على الرعاية الاجتماعية اللازمة.

٩ - اظهرت الدراسة الى انه اصبح هناك ميل نحو الزواج الخارجي فاشارت الدراسة الى انه كلما ارتفع العمر اصبح هناك ميل نحو الزواج الداخلي، وكلما قل العمر اتجه الميل نحو الزواج الخارجي . ولعل السبب في الزواج الداخلي هو زواج البدل الذي كان شائعاً في القرية تفادياً للتكاليف وللمحافظة على ملكية الارض . واما الزواج الخارجي فقد تعود اسبابه الى اقبال الابناء على التعليم والتحاقهم بالوظائف ، او البحث عن الزوجة العاملة لتساهم في سد

تكاليف نفقات الاسرة كما واشارت الدراسة بان الزواج في القرية هو من النمط الاحادي وبلغت نسبة الذين تزوجوا بزوجة ثانية ٢% فقط ٠

ثانياً : النتائج المتعلقة بالخدمات الصحية التقليدية ٠

١ ـ استمر ابناء القرية بالاعتماد الكامل على الرعاية الصحية التقليدية لغاية الاربعينات من هذا القرن ٠ فكانوا يعالجون مرضاهم بالوصفات الطبية الشعبية وكان لديهم تصنيف عام لبعض الامراض وكانت هناك بعض الاعشاب المعروفة لعلاجها ٠ كما وكان لديهم بعض المعتقدات حول الاصابة بهذه الامراض، فكانت هناك ممارسات طبية ازاء هذه المعتقدات فتعاملوا بالحجب وبعض المواد لكف اذى ما كانوا يعتقدون انه السبب في مرضهم (جان ، العين الحاسدة) ٠ وكان ابناء القرية في حالة فشل الطب التقليدي في القرية يبحثون عن طب تقليدي اخر في القرى المجاورة٠

٢ ـ كانت مهمة تقديم الطب التقليدي تقع على عاتق النساء الكبيرات في السن٠ فكان لدى هذه النسوة وصفات طبية للامراض المختلفة كما وكانت تقوم ببعض الممارسات الطبية تجاه الامراض٠ بالاضافة الى ذلك كانت هذه النساء تقوم بعملية التوليد والعناية بالاطفال وكان لدى هذه الممارسات معتقدات كثيرة تجاه التوليد وغذاء الحامل وصحة الطفل٠

٣ ـ في بداية الاربعينات تحسنت وسائل المواصلات مما فسح المجال امام الميسورين من ابناء القرية من الذهاب الى فلسطين ودمشق بحثاً عن علاج لامراضهم ٠ كما واصبحت فرق التطعيم تأتي الى القرية لتطعيم الاطفال ٠ وعندما تيسرت المواصلات اصبح ابناء القرية يراجعون الاطباء في مدينة اربد وفي حالة فشل الطب الحديث كان المواطنون يعودون للاستفادة من الطب الشعبي في القرية او القرى المجاورة ٠ وفي الوقت الحاضر قل الاقبال على الطب الشعبي بالرغم من توفره في القرية ، فاشارت الدراسة الى ان ٢٠% من المواطنين في القرية يراجعون الطب الشعبي والمركز الصحي في آن واحد في حين ان ٣% فقط من المواطنين يراجعون الطب الشعبي لوحده ٠

ثالثاً : النتائج المتعلقة بالخدمات الصحية الحديثة ٠

١ - اثر التحاق الابناء في الوظائف الحكومية (المدينة والعسكرية) واتجاههم نحو التعليم على الاتجاه نحو الخدمة الصحية الرسمية ٠ فاظهرت الدراسة ان هناك علاقة ما بين المهنة واختيار نوع الخدمة الصحية حيث اشارت الى ان ٧٤% من المواطنين يحملون تأميناً صحياً يسهل عليهم مراجعة الخدمة الصحية الرسمية ٠ كما واشارت الى وجود علاقة ما بين ارتفاع المستوى التعليمي والاتجاه نحو الخدمة الصحية الرسمية ٠

٢ - هناك اتجاه ايجابي نحو الاقبال على الخدمة الصحية الرسمية ، حيث بلغت نسبة المستفيدين من الخدمات العلاجية التي يقدمها المركز الصحي ٧٣% ونسبة الذين يراجعون الطب التقليدي المتوفر في القرية والمركز في آن واحد ١٧% ، وبلغت نسبة الذين يراجعون الطب التقليدي ٣% والذين يراجعون الاطباء في القطاع الخاص ٧% ٠

٣ - تتركز المعالجة في المركز الصحي على معالجة امراض الجهاز التنفسي ويليها الامراض النفسية وامراض الجهاز العصبي ثم امراض الجلد ويأتي بعدها امراض الجهاز العظمي و المفصلي وشكلت ٧٥% من مجموع الخدمة العلاجية التي يقدمها المركز ٠ كما ويغطي المركز بخدماته العلاجية الامراض المزمنة ويقدم للمصابين بها الفحوصات الطبية والادوية الظرورية حيث توجد مخصصات شهرية من الادوية لكل مريض يعاني من مرض مزمن ٠

٤ - هناك اتجاه ايجابي نحو استفادة الامهات والاطفال من الخدمة الصحية الرسمية اثناء فترة الحمل وإجراء عملية الولادة ، فقد اشارت الدراسة الى ان ٤٩% من الامهات في العينة تراجع المركز وتشرف عليهن القابلة القانونية العاملة في مركز الامومة والطفولة و٣٠% يراجعن اطباء القطاع الخاص و١٩% يلجأن الى الخدمة التقليدية المتوفرة في القرية وفيما يتعلق بالاطفال اظهرت الدراسة ان نسبة تطعيمهم ضد الامراض السارية والمعدية بلغت ١٠٠% ٠

٥ ـ هناك دور ايجابي لزيارة الطبيب وعاملة التمريض للمرضى في بيوتهم عندما تستدعي الحاجة وتقديم الخدمات الطبية العلاجية لهم وخاصة المسنين منهم. وكذلك هناك دور ايجابي لقيام طبيب المركز باجراء فحص دوري لطلبة المدارس واعطاء محاضرات تثقيفية والاشتراك في اجتماعات لجنة صحة المجتمع ولكن هذا يكون على حساب خدمة المريض الذي يراجع المركز الصحي لتلقي العلاج فلا يجد الطبيب ٠

٦ ـ بينت الدراسة ان ٤٠ % من المواطنين قد دخلوا المستشفيات لتلقي العلاج او اجراء عمليات جراحية ٠ فكانت نسبة من دخل المستشفيات منهم بموجب تحويل من طبيب المركز ٣٠،٩% ومن دخلوا من تلقاء انفسهم وبدون تحويل ٤٧،٦% ومن دخلوا بموجب تحويل من الاطباء في القطاع الخاص ٢١،٥% ٠ من هذا نستنتج ان هناك عدم التزام بالتحويل من المركز وهذا يعكس خللا في النظام الصحي المعمول به ويتناقض مع مبدأ الرعاية الصحية الاولية ٠

٧ ـ قلة عدد الكادر العامل في المركز الصحي تحول دون الاداء الكفء للخدمات الصحية الوقائية مما جعل هناك اهتمام بالجانب العلاجي واهمال في بعض الجوانب الوقائية ٠ فعلى سبيل المثال يتعين على المركز الصحي أخذ ١٦ عينة مياه لارسالها للمختبر للتأكد من سلامة وصحة مياه الشرب وما ورد في التقرير الشهري لاعمال المركز الصحي لشهر تموز ان المركز لم يتمكن من اخذ اكثر من اربعة عينات وذلك لانشغال المراقب الصحي في مكافحة القوارض ومتابعة شكاوي المواطنين المتضررين من جيرانهم الذين يربون الحيوانات داخل المنازل او من الحفر الامتصاصية التي تنبعث منها الروائح الكريهة او تتسرب منها المياه الآسنة او الاشراف على المؤسسات الغذائية او القيام بمراقبة صحة المياه او عمل استقصاء وبائي او سد النقص الذي يحدث في المركز عندما يغيب بعض الموظفين ٠ فكثرة هذه الاعمال المناطة بالمراقب الصحي تجعله يركز على جانب ويهمل جانباً اخر للخدمات الوقائية ٠

٨ ـ اظهرت الدراسة ان هناك شبه غياب للتثقيف الصحي وخاصة المتعلق بالوقاية من الامراض السارية والممارسات الطبية الخاطئة حيث البعض من هذه

الممارسات ادى الى وفاة بعض المواطنين . تشير الدراسة الى انه لم يقم المركز الصحي بعمل اي مسح صحي لمجتمع القرية لتحديد المشكلات الصحية ووضع الحلول اللازمة لها او استخدام التثقيف الصحي لتغير افكار الناس لغيروا سلوكهم ويكفوا عن اللجوء الى الممارسات الطبية الخاطئة، وذكر ٩٧% من افراد العينة بانهم لم يسمعوا او يشاهدوا بان قام المركز الصحي بعمل مسح صحي .

٩ ـ يقتصر اشراك المجتمع المحلي على اعضاء لجنة صحة المجتمع وهذه اللجنة ليس لها تأثير يذكر على المجتمع حيث ان قراراتها تبقى مقصورة على الاعضاء وتضع حلولاً غير عملية لانها لا تعي مشكلات المجتمع الصحية ونفس القرارات تتكرر في اكثر من جلسة .

١٠ ـ هناك دور فاعل للجنة النسائية في مركز الامومة والطفولة في استقطاب نساء القرية نحو الاستفادة من خدمات الامومة والطفولة المتوفرة في المركز . فتقوم هذه اللجنة بتثقيف النساء داخل المركز وفي المنازل وتشجعهن على ضرورة مراجعة المركز لعمل الفحوصات الضرورية للحامل وتطعيم الاطفال والتثقيف بخصوص مخاطر الحمل والامراض التي تصيب الاطفال .

١١ ـ حالت الظروف المادية للبلدية دون قيامها بواجبتها ازاء صحة البيئة. فقد ادى عدم وجود سيارة لنقل النفايات من امام منازل المواطنين لبقائها لفترات طويلة محدثة العديد من المكاره الصحية . وكذلك النقص في المخصصات المالية حال دون شراء السموم المستخدمة في مكافحة القوارض (الجرذان) مما ادي الى التوقف في حملة المكافحة التي كانت قد بدأتها البلدية

١٢ ـ اظهرت الدراسة ان هناك غياب للتنسيق ما بين المركز الصحي وبعض القطاعات الاخرى المعنية بتقديم الخدمات الصحية الوقائية . لقد ورد في التقرير الشهري لاعمال المركز لشهر تموز ١٩٩١ ان هناك بعض الامراض السارية (الجرب) قد انتقلت العدوى فيها من الحيوانات الى المواطنين وقام المراقب الصحي بعمل استقصاء وبائي واتخاذ اجراءات وقائية الا ان دائرة البيطرة (مديرة الزراعة) لم تقم بمعالجة الحيوانات (مصدر العدوى) المصابة او مكافحة المرض . مما يدل على ان هناك خللا في دور هذا القطاع .

٩ ـ ٢ ـ التوصيات

١ ـ العمل على رفع اداء الكادر الطبي من خلال اعادة النظر في التوزيع الاداري للاطباء العاملين في المراكز الصحية بحيث يصبح هناك طبيبان في المركز الصحي الواحد . وكذلك من خلال منح اطباء المراكز الفرصة العمل في المستشفيات ولو لشهر واحد من كل سنة . وكذلك تدريبهم على اسلوب الرعاية الصحية الاولية لكي تكون هناك شمولية في تقديم الخدمات .

٢ ـ رفع اداء كادر التمريض من خلال تعين الممرضات والقابلات القانونيات المدربات او تأهيل عاملات التمريض قبل انخراطهن في الخدمة الصحية التي تقدمها المراكز الصحية .

٣ ـ اعادة النظر بالاعمال التي يقوم بها المركز الصحي من حيث شموليتها والطلب من الكادر الصحي العامل في المركز الصحي و بعض القطاعات الاخرى القيام بعمل مسح صحي للمجتمع الذي يتواجد فيه المركز الصحي للوقوف على المشكلات الصحية التي يعاني منها افراد المجتمع ومن ثم وضع خطط وبرامج صحية لمعالجة هذه المشكلات على ان يشارك فيها المجتمع المحلي من خلال تفعيل دور لجان صحة المجتمع .

٤ ـ اعادة النظر بنظام التأمين الصحي والعمل على ايجاد نظام تأمين صحي شامل بحيث يغطي كافة المواطنين واخذ بعين الاعتبار ان الاردن يطبق نظام الرعاية الصحية الاولية الداعية الى شمولية الخدمات الصحية .

٥ ـ اعادة النظر بنظام تحويل المرضى من المراكز الصحية الى المستشفيات والعيادات في المستوى الثاني من الرعاية الصحية وذلك لمنع الازدواجية في تلقي العلاج وتنظيم هذه العملية بحيث يصبح هناك نظام صارم لا يسمح بالتحويل الا من خلال المركز الذي يسجل فيه المريض وذلك لتفادي هدر الطاقات والموارد وتنظيم عملية المعالجة .

المراجع العربيه

إبراهيم،فتحية محمد والشنواني، حمدي مصطفى

١٩٨٨ مدخل الى مناهج البحث في علم الانسان (الانثروبولوجيا)

السعودية، الرياض : دار المريخ للنشر

أبوجابر ،شبيب صالح

١٩٧٩ المجتمع الاردني دراسة اجتماعية تربوية. عمان : الجامعة الاردنية.

ابو زيد ، أحمد

١٩٧٨ محاضرات في الانثروبولوجيا الثقافيه . بيروت : دار النهضه العربيه للطباعه والنشر .

ابوهلال ، احمد

١٩٨٥ مقدمة الى الانثروبولوجيا التربويه . عمان : جمعية عمال المطابع التعاونيه

أحمد ، سمير نعيم

١٩٨٧ المنهج العلمي في البحوث الاجتماعية .

القاهرة : مكتبة سعيد رأفت .

الاحصاءات العامة

١٩٨٤ ندوة السكان والخصوبة والصحة الاسرية .

عمان : دائرة الاحصاءات العامة .

١٩٧٩ التعداد العام للمساكن والسكان .

عمان : دائرة الاحصاءات العامة .

الاخرس ، صفوح

١٩٨١ علم الاجتماع العام ، اسسه ، مبادئه وموضوعاته .

دمشق : مطابع مؤسسة الوحدة .

بارناباس ، ج

١٩٨٢ « حجوزة القابلة التقليدية ـ قصة من اثيوبيا »
منبر الصحة العالمي ،المجلد الثالث،العدد٣ ص ص ٣٠٢ـ٣٠٤
جنيف : منظمة الصحة العالمية ٠

بركات ، حليم

١٩٩١ المجتمع العربي المعاصر ٠
بيروت : دراسات الوحدة العربية ٠

برغوثي ، حسين

١٩٨٤ نظام القرابة والسلطة في كوبر ٠ بحث غير منشور ٠

بشير ، اقبال

١٩٨٩ الرعايه الطبيه والصحيه ودور الخدمه الاجتماعيه٠
الاسكندريه: المعهد العالمي للخدمه الاجتماعيه

التل ، أحمد

١٩٨٩ الظروف السياسية والاقتصادية والاجتماعية التي أثرت في تطور التربية والتعليم في الاردن ١٩٢١ ـ ١٩٨٩ ٠
عمان : المؤلف ٠

التير ،مصطفى

١٩٨٩ مقدمة في مبادىء وأسس البحث الاجتماعي ٠
ليبيا،طرابلس : المنشأة الشعبية للنشر والتوزيع والاعلان ٠

جوبزر ، بيتر

١٩٨٨ السياسة والتغير في الكرك ـ الاردن ٠
ترجمة: خالد الكركي٠ عمان : الجامعة الاردنية٠

الجوهري، محمد والخريجي، عبدالله
١٩٨٠ مناهج البحث العلمي . السعودية، جده : دار الشروق

حداد ، مهنا يوسف
١٩٨٧ مفاهيم في علم الاجتماع والتمريض عمان : مؤسسة الريادة
للطباعة والنشر والتوزيع .

الحوراني ، هاني
١٩٧٨ التركيب الاقتصادي الاجتماعي لشرق الاردن .
بيروت : منظمة التحرير الفلسطينة .

خليفه ، ابراهيم
١٩٨٤ علم الاجتماع في مجال الطب
الاسكندريه : المكتب الجامعي

خيري ، مجد الدين عمر
١٩٨٥ « العائلة والقرابة في المجتمع العربي »
دراسات في المجتمع العربي. عمان : اتحاد
الجامعات العربية ـ الامانة العامة .

دالن ، فان
١٩٧٧ مناهج البحث في التربية وعلم النفس .
ترجمة محمد نبيل نوفل وسليمان الخضري الشيخ
وطلعت منصور غربال. القاهره : مكتبة الانجلو المصرية

رشوان ، حسين
١٩٨٣ المتغيرات الاجتماعيه في الطب والامراض
الاسكندريه : جامعه الاسكندريه

الزعبي ، خالد سماره

١٩٨٨ تشكيل المجالس المحلية وأثره على كفايتها ٠

عمان : المؤلف ٠

الزغل ، علي

١٩٨٩ التغير في الخصائص البنوية للاسرة في شمال الاردن ٠

إربد : جامعة اليرموك ٠

زيادات ، عادل

١٩٩٠ البدايات الاولى للمستشفيات والمعالجة الطبية في شرق الاردن : ١٨٨٣ ـ ١٩٤٦ الاردن ، اربد منشورات جامعة اليرموك : عمادة البحث العلمي

سماوي ، أسامه والجنبير ، ماضي

١٩٩٠ الوضع الصحي في الاردن ٠عمان : المجلس الاعلى للعلوم والتكنولوجيا ٠

العبادي ، أحمد عويدي

١٩٨٥ مقدمة لدراسة العشائر الاردنية ٠

عمان : الدار العربية للنشر والتوزيع ٠

عبدالجابر،تيسير والشريده،برهان

١٩٨٥ « تقرير المراجعة والتحرير » ٠ السكان والتنمية في الاردن٠

عمان : دائرة الاحصاءات العامة ٠

عبيدات ، ذوقان وعدس، عبدالرحمن وعبد الحق ، كايد٠

١٩٨٧ البحث العلمي ٠(مفهومة ـ ادواته واساليبه) ٠

عمان دار الفكر للنشر والتوزيع ٠

عبيدات ، سليمان
١٩٨٧ دراسة في عادات وتقاليد المجتمع الاردني عمان : جمعية عمال المطابع الاردنية
١٩٨٤ التطور الحضاري لقضاء بني كنانة .
عمان : الجامعة الاردنية .

الغزوي،فهمي،والخزاعله،عبدالعزيز،وعمر،معن، والنبوي،نايف
١٩٩٢ المدخل الى علم الاجتماع. عمان : دار الشروق .

فريحات ،حكمت ،عبدالكريم والشاعر عبدالمجيد والخطيب ، ابراهيم
١٩٩٠ مبادىء في الصحة العامة عمان : دار المستقبل للتوزيع والنشر.

قبعين واخرون .
١٩٨٨ دراسه تغطيه خدمات الرعايه الصحيه الاوليه في الاردن.
عمان : وزاره الصحه .

كوري، ستيفن وكوري ،جورجينا ،وسندرام ،سيفا
١٩٨٧ الرعايه الصحيه الاوليه ، مرشد الطبيب في الاداره والاشراف. ترجمة د. توفيق اللوباني عمان: وزاره الصحه.

لطفي ، عبد الحميد
١٩٨٢ علم الاجتماع . القاهرة : دار المعارف .

محافظه ، محمد احمد
١٩٩٠ إمارة شرق الاردن : نشأتها وتطورها في ربع قرن ١٩٢١-١٩٤٦
عمان : دار الفرقان للنشر والتوزيع

المعايطه،عبدالرحيم وحمدان، عبدالله والشاهد محمود
١٩٨٥ «السكان والصحة في الاردن » السكان والتنمية في الاردن.
عمان : دائرة الاحصاءات العامة

المكاوي، علي
١٩٨٨ الجوانب الاجتماعيه والثقافه للخدمه الصحيه. الاسكندريه: دار المعرفه الاجتماعيه.

منظمه الصحه العالميه
١٩٧٨ الرعايه الصحيه الاوليه. جنيف: الامانه العامه لمنظمه الصحه العالميه .

١٩٨٤ معجم المصطلحات المستخدمة في سلسلة الصحة للجميع المجلد ١ـ٨ جينف : منظمة الصحة العالمية

١٩٨٩ التثقيف من اجل الصحة . الاسكندريه : المكتب الاقليمي لشرق البحرالمتوسط

ميـــر ، لوسي
١٩٨١ مقدمة في الانثروبولوجيا الاجتماعية .
ترجمة شاكر مصطفى سليم. بغداد : دار الشؤون الثقافية العامة في وزارة الثقافة والاعلام .

ناصر ، إبراهيم
١٩٨٥ الانثروبولوجيا الثقافية . عمان : جمعية عمال المطابع التعاونية .

وزارة الصحـــة
١٩٧١ التقرير الاحصائي السنوي. وزارة الصحة : مديرية التخطيط والتدريب والابحاث سابقاً

١٩٧٧ التقرير الاحصائي السنوي. وزارة الصحة : مديرية التخطيط والتدريب والابحاث سابقاً

١٩٨٠ التقرير الاحصائي السنوي ، وزارة الصحة : مديرية التخطيط والتدريب والابحاث سابقاً

١٩٨٢ التقرير الاحصائي السنوي ، وزارة الصحة : مديرية التخطيط والتدريب والابحاث سابقاً

١٩٨٢ دليل العاملين في الرعاية الصحية الاولية
عمان : وزارة الصحة

١٩٨٦ التقرير الاحصائي السنوي ، وزارة الصحة : مديرية التخطيط والتدريب والابحاث سابقاً

١٩٨٨ التقرير الاحصائي السنوي ، وزارة الصحة : مديرية التخطيط والتدريب والابحاث سابقاً

١٩٨٩ التقرير الاحصائي السنوي ، وزارة الصحة : مديرية التخطيط والتدريب والابحاث سابقاً

REFERENCES:

Ajlouni, Musa

1985 Monitoring Success Towards Health for All in Jordan. Unpublished Thesis.University of Leads:Muffield Centre for Health Services studies.

Antoun , Richard T.

1972 Arab Village: A Social Structural Study Of A Trans Jordanian Peasant Community. Bloomington : Indiana University Press.

Brown , Peter & Inhorn , Marcia

1990 "Disease, Ecology , and Human Behaviour " pp . 187 -214 in Medical Anthropology : AHand Book of Theory and Method.(ed) T. Johnson and C . Sargent Westport , Connecticut : Greenwood Press.

Davis,Susan Schaefer

1981 "Covenience Cost and Courtesy:Factors Influencing Health Care Choices in Rural Morocco"Modren and Traditional Health Care in Developing Societies.(ed)Zeichner,Christine I.Newyork:University Press of America.

Doorenbos , Harvey

1976 "Post-Partum salt Pocking and Other Medical Practices In Oman South Arabia". Medical Anthropology. pp.109-115 Francanx. Grolling, S. J and Harold B. Malley (eds) Paris Mouton. Publishers.

Foster, George M. & Anderson B. G.

1978 Medical Anthropology. New York: Jhon Wiley & Sons.

Foster , George . M .

1982 "Applied Anthropology and International Health : Report and Prospect" . Human Organization Vol. 41,No.3 pp. 189 -197. Oklahoma : Society For Aplied Anthropology .

Frankenberg, R. & J. Lesson

1976 "Dieseas, Illness and Sickness: Social Aspects of Choice of Healer in Lusaka Suburb" pp. 223-258. Social Anthropology and Medicine. (ed) J. B. Loudon. London: Academic Press.

Gish,Oscar

1990 Some Links Between Successful Implementation of Primary Health Care and the Overall Utilization of Health Services" Social Science & Medicine.Vol.30 No.4 pp.401-405 Oxford : Pergamon Press Plc.

Glueck , Nelson .

1951 Exploration In Eastern Palestine IV . New Haven : American School Of Oriental Research .

Gruenbaum , Ellen

1981 " Medical Anthropology, Health Policy and The State : Study of Sudan " Polcy Studies Review 1, I . August. pp 47-65 .

Gubser , P .

1973 Politics And Change In AL-Karak - Jordan .
London : Oxford University Press .

Heggenhougen K.H

1984 "Will Primary Health Care Efforts Be Allowed To Succeed ? "
Social Science and Medicine Vol.19 No.3 pp217-224 .
Oxford : Pergamon Press plc.

Heggenhougen, K. and A. Draper.

1989 "Medical Anthropology and Primary Health Care". Social Science and Medicine. pp. 1-37. Oxford : Pergamon Press Plc.

Konikoff , A.

1946 Transjordan : An Economic Survey . Jerualem : Economic
Research Institute of Jewish Agency For Palestine .

Lieban , Richard W.

1984 "The Field of Medical Anthropology"Culture Diseese and Healing Landy, David (ed) Newyork: Macmillan
Publishins Co. Inc.

Lenzen , C j. Mcquitty A.M

1988 " The Survey Of Irbid / Beit Ras Region " Annual Of the Department Of Antiquities . Jordan : Amman .

Maclean,Una

1976 "Some Aspects of Sickness Behaviour Among the Yoruba"
Social Anthropology and Medicine.J.B.Loudon (ed).

London:Academic Press.

Mukhopdhay,Maitrayee

1987 "Human Development Through Primary Health Care:A Case Study from India" practicing Health For All pp.134-144.Morely, David et al (ed) London: Oxford University Press.

Muller, Frits

1987 "Contrast in Community Participation Case Studies From Peru". Practicing Health For All. pp.190-207 Morely,David et al (ed) London: Oxford Un. Press.

Murdock, George Peter

1980 Theories of Illness.London:University of Pittsburgh Press.

Myntti,Cynthia

1988 "Hegemony And Healing In Rural North Yemen " Social Science & Medicine Vol .27.No5.pp.515-520. Oxford : Pergamon Press plc .2

Oppong , Amma C. k.

1984 "Healers In Transition" Social Science and Medicine Vol. 28, No 6 pp 605-612. Oxford : Pengamon Press plc.

Patai , R .

1962 Golden River To Golden Road : Society Culture and Change in The Middle East . Philadelphia : University of Pensilvania Press.

Paul,Benjamin

1984 "The Role of Beliefs and Customs in Sanitations Programs" Culture,Disease & Healing. Landy,David (ed) New York : Macmillan Publishing Co Inc.

Paul,Benjamin D

1955 Health , Culture and Community : Studies Of Pubilic Reactions To Health Programs. New York : Russell Sage Foundation .

Pederson,D.& Baruffati,V.

1989 "Healers,Deits,Saints and Doctors:Elements for the Analysis of Medical Systems" Social Science & Medicine Vol.29.pp489-496. Oxford : Pergamon press plc.

Sachs,Lisboth

1983 Evil Eye or Bacteria. Stockholm:Cotob.

Seymour - Smith Charlotte.

1986 Macmillan Dictionary Of Anthropology. London : Maclmillan Press Ltd .

Steuernagel , D.C

1972 " Der Adschlun " Zeitschrift Des Deutzsheu Palustina Vereins Band 49 . Krans Reprint Herausdsuk : Nendhn Liesctestiem , 1 - 273.

Swagman , Charles F.

1989 "Figa Fright and Illness in Highland Yemen" Social Science and Medicine.vol.28,No.4.pp.381-388. Oxford : Pergamon Press Plc

Tbaishat, Muhamd Bayir

1991 The Relationship Between Modern and Traditional Medical Systems : A Case Study from North Jordan.Unpublished Thesis.Yarmouk University :Institute of Arcgeology & Anthropology.

Yang, A.

1982 "The Anthropologies of Illness and Sickness". Annual Review of Anthropology. II: 261-271.

Zabai , Z . A ., Miller ,D. ,& H . Ba'ageel,

1980 " A studay Of Three Health Centres In Rural Saudi Arabia " Saudi Medical Journal. 1 No.3,Jan ,pp 18-39,

الملحق : استمارة الاستبيان

الرعاية الصحية بين المجتمع التقليدي والمؤسسية :
دراسة انثروبوطبية في قرية اردنية

أ ـ

١ ـ رقم المنزل:

٢ ـ عمر رب الاسره:

٣ ـ مهنة رب الاسره:

٤ ـ مجموع افراد الاسره :

الاسم	ذكر	انثى	العمر	مستوى التعليم	علاقته برب الاسره	الحاله الاجتماعيه	المهنه

٥ ـ التحصيل العلمي لرب الاسره ·

أ ـ هل ذهبت الى المدرسه ؟ نعم ( ) لا ( )

ب ـ اذا كان الجواب نعم ما هي آخر مرحله تعليميه انهيتها ؟

ابتدائي ( ) اعدادي ( ) ثانوي ( ) كلية مجتمع ( ) جامعي ( )

٦ ـ الدخل الشهري للاسـرة ٠

أ ـ (دخل الاسره بالدينار)

١ ـ اقل من ١٠٠ دينـار ( )
٢ ـ ١٠٠ لغاية ١٥٠ دينـار ( )
٣ ـ ١٥١ لغاية ٢٠٠ دينـار ( )
٤ ـ اكثر من ٢٠١ ( )

ب ـ مصـدر الدخـل :

١ ـ موظف حكومه ـ قطاع خاص ( )
٢ ـ الزراعـه ( )
٣ ـ تربيـة المواشـي ( )
٤ ـ تربيـة الدواجـن ( )
٥ ـ التجـاره ( )
٦ ـ اجـرة عقـار ( )
٧ ـ حوالـه خـارجيه ( )
٨ ـ ممارسة اكثر من مهنه ( )
٩ ـ متقاعـد ( )

ب ـ الخدمـات الصحيـه العلاجيـه

١ ـ بالمقارنه بمن هم في سنك هل تعتبر (تعتبري) صحتك ؟

ممتازه ( ) جيـده ( ) متوسطه ( ) سيئـه ( )

٢ ـ هل تعاني او يعاني احد افراد اسرتك من الامراض التاليه : كما في الجدول ؟ نعم ( ) لا ( )

ـ امراض القلب ( ) ـ الضغط ( ) ـ السكـري ( ) ـ القرحـه ( )
ـ مرض السل ( ) ـ السرطان ( ) ـ امراض العيون ( ) ـ أمراض الغـدد ( )
ـ امراض جلديه ( ) ـ امراض وراثيه ( ) ـ امراض نفسيـه ( ) ـ عاهات بسبب حادث ( )

٣ ـ هل تراجع طبيباً معيناً او عياده معينه عندما تشكو من عله او لاجراء فحص طبي ؟ نعم ( ) لا ( )

ـ هل هو طبيب في عياده خارجيه في مستشفى ؟ نعم ( ) لا ( )

- هل هو طبيب المركز الصحي ؟ نعم ( ) لا ( )

- هل هو طبيب في عياده خاصه ؟ نعم ( ) لا ( )

- هل هو طبيب شعبي ؟ نعم ( ) لا ( )

- غير ذلك ، حدد : ________________

٦ - هل راجعت خلال السنه والسنه الماضيه المركز الصحي في البلده ؟ نعم ( ) لا ( )

كم مره ( ) ماهو السبب ؟

اذا كانت اجابتك بـ (لا) لماذا ؟

٧ - هل راجعت المركز لامر طارىء ؟ نعم ( ) ما هو هذا الطارىء : ________________

لا ( ) لماذا ؟ ________________

٨ - هل ادخلت الى المستشفي للعلاج ؟ نعم ( ) لا ( )

٩ - هل اجريت عمليه جراحيه ؟ نعم ( ) لا ( ) ما نوع العمليه الجراحيه ؟

اين اجريت العمليه الجراحيه ؟

مستشفي ايدون العسكري ( ) مستشفى الاميره بسمه ( ) مستشفي قطاع خاص (حدد)

غير ذلك ( )

١٠ - كيف ادخلت الى هذا المستشفي ؟

بتحويل من طبيب المركز ( ) بتحويل من طبيب خاص ( ) ذهبت لوحدك ( ) غير ذلك

(حدد)

١١ - هل انت مؤمن (مؤمنه) صحياً ؟ نعم ( ) لا ( ) نوع التأمين الصحي :

قوات مسلحه ( ) موظف حكومه ( ) شركه خاصه ( ) غير ذلك (حدد)

١٢ - هل تدفع اجور معالجه ( ) كم ( ) مخفضه ( ) كامله ( )

١٣ - هل تعتقد ان الرعايه الصحيه التي تقدم لك في المركز الصحي ؟

- مرضيه جداً ( ) مرضيه ( ) غير متاكد ( )

- غير مرضيه ( ) غير مرضيه جداً ( )

١٤ - هل صادفتك حالات ازعاج اثناء مراجعتك للمركز الصحي ؟

- لاتوجد اطلاقاً ( ) احياناً ( ) غير متأكد ( )

- يتمثل هذا الازعاج والاساءه للمراجعين بـ :

- الانتظار لفترات طويله ( ) عدم وجود الطبيب ( )

- الادويه التي يوصي بها الطبيب عديمة الجدوى ( ) غير متوفره ( )

- عدم الاحترام من قبل الموظفين و كثرة الصراخ على المراجعين ( )

١٥ - الموظفون الاقل تعاوناً في المركز الصحي عادة هم :

النساء ( ) الرجال ( ) لافرق ( )

١٦ ـ في حالة مرض طفل او احد افراد العائله هل يوجد من يقوم بالتقليل من شأن المرض والتشبيط عن زيارة الطبيب ؟ نعم ( ) لا ( ) مـن ؟ حـدد

١٧ ـ هل تداوي احد افراد العائله باستعمال وصفات الطب الشعبي (البلدي) ؟

نعم ( ) ماهو المرض ( ) الدواء ( )

١٨ ـ ماسم هذا الدواء كم يتقاضى من الاجـر ( )

١٩ ـ هل تؤمن بالطب الشعبي ؟ نعم ( ) لا ( ) لماذا ؟

٢٠ ـ هل تداويت بادويه لم يوصفها لك طبيب ؟ نعم ( ) لا ( ) الدواء ( )

٢١ ـ عندما يمرض احد افراد العائله تفضلون زيارة اكثر من طبيب لمعرفة من يقدم افضل علاج ؟ ـ دائماً ( )
ـ معظم الاحيان ( ) ـ احياناً ( ) لم يحدث هذا ابداً ( )

ج ـ الخدمات الصحيه الوقائيه التي يقدمها المركز الصحي

---

١ ـ هل يقوم المركز الصحي بالقاء محاضرات تثقيفيه عن طرق انتقال الامراض والوقايه منها ؟

نعم ( ) لا ( ) كم محاضره في السنه حضرتها ؟

٢ ـ هل ينظم المركز محاضرات لمنع الحوادث في المنزل والشارع ؟ نعم ( ) لا ( )

٣ ـ هل يقوم المركز بالتثقيف الصحي من اجل النظافه الشخصيه في المنزل والبيئه ؟

نعم ( ) لا ( )

٤ ـ هل يقوم المركز الصحي بمراقبة المواد الغذائيه ومياه الشرب في البلده ؟

نعم ( ) لا ( ) من يقوم بذلك ؟

٥ ـ هل يقوم المركز الصحي بمكافحة الحشرات في البلده ؟ نعم ( ) لا ( ) ؟

- باستخدام طارد الحشرات ( ) - مبيدات حشريه ( ) - غير ذلك (حدد)

٦ - هل يقوم المركز الصحي بمكافحة القوارض ؟ نعم ( ) لا ( ) كيف يتم ذلك ؟
- باستخدام السموم ( ) - المصائد ( ) - غير ذلك (حدد)

٧ - هل تشارك البلديه وافراد المجتمع المحلي في حملات الرش ومكافحة القوارض ؟
نعم ( ) لا ( )

٨ - هل سمعت بان قام المركز الصحي بمسح صحي لتحديد المشكلات الصحيه في البلده ؟ - نعم( )
كم عدد المرات ( ) لم اسمع بذلك ( )
- اذا كان الجواب نعم - هل شارك المجتمع المحلي والبلديه بذلك نعم ( ) لا ( )

د - صحـــة البيـــئه

١ - نوع المسكن - شقه ( ) - بيت مستقل ( ) - غير ذلك (حدد)
٢ - نوع حيازة المسكن - ملك ( ) - مستأجر ( ) - غير ذلك (حدد)
٣ - نوعية البناء - حديث( ) - قديم ( ) - يجمع الحديث والقديم ( )
- غير ذلك (حدد)

٤ - عدد حجرات المنزل ما عدا المطبخ ودورة المياه

٥ - عدد الحجرات المستخدمه للنوم ( )

٦ - نوع التدفئه ؟ أ - مركزيه ( ) ب - كاز - سولار ( ) ج - حطب ( ) د - غير ذلك (حدد)

٧ - المرافق الصحيه (الحمامات او المراحيض)
عدد الحمامات في المنزل ( ) مكان الحمام او المرحاض في المنزل
أ - داخل المنزل ( ) ب - خارج المنزل ( )

٨ ـ نوع تصريف الفضلات السائله

أ ـ مجاري عامه ( ) ـ حفر امتصاصيه ( )

اذا كانت حفره امتصاصيه ، هل هي ؟ ١ ـ خاصه ( ) ٢ ـ مشتركه ( ) كم عدد مرات النضح شهرياً ؟ ( )

ب ـ اين تجمع الفضلات الصلبه داخل المنزل ؟

داخل وعاء خاص ؟ نعم ( ) لا ( )

اذا كانت الاجابه (نعم) هل هذا الكيس مغلق باحكام ؟ نعم ( ) لا ( )

ج ـ اين تضع هذا الوعاء ؟ أ ـ داخل المنزل ( ) ب ـ خارج المنزل ( )

د ـ الى اين تنقل هذه الفضلات ؟

الى مكان قرب المنزل ( ) ب ـ ترمى في الشارع ( ) ج ـ غير ذلك (حدد)

٩ ـ ما هو مصدر مياه الشرب :

أ ـ الشبكه العامه ( ) ـ بئر جمع ( ) ـ مصادر اخرى (حدد)

اذا كان مصدر مياه الشرب بئر جمع ، كم يبعد عن الحفره الامتصاصيه ؟

ب ـ عدد خزانات الماء في المنزل

ـ خزان ارضي ( ) ـ خزان علوي ( ) ـ مغلق باحكام نعم( ) لا ( )

هـ ـ تربية الحيوانات

١ ـ هل تربون المواشي ؟ نعم ( ) لا ( )

اذا كان الجواب نعم ـ هل هذه الحيوانات تربى في زريبه خاصه نعم ( ) لا ( ) اين اذاً

٢ ـ كم تبعد الزريبه الخاصه بالحيوانات عن مكان اقامة العائله ؟

٣ ـ هل تربون الطيور ؟ نعم ( ) لا ( ) اذا كان الجواب نعم ما هي انواع الطيور ؟

٤ ـ هل تربى هذه الطيور داخل المنزل ؟ نعم ( ) لا ( ) اين اذاً

و ـ النساء المتزوجات من عمر ١٥ ـ ٥٠

١ ـ العمر (   )

٢ ـ ماهي صلة القرابه بينك وبين زوجك ؟لا قرابه (   ) قرابه (حددي)

٣ ـ كم كان عمرك عندما تزوجت ؟ (   ) حددي : عدد سنين الزواج (   )

٤ ـ عدد مرات الحمل

٥ ـ عدد مرات الاجهاض

٦ ـ عدد الولادات الميته

٧ ـ عدد الولادات الحيه

٨ ـ عدد وفيات الاطفال

٩ ـ عدد الاطفال الاحياء

١٠ ـ متى كانت اخر مره حملت بها ؟

١١ ـ هل كنت تراجعين مركز الامومه والطفوله اثناء فترة الحمل؟ نعم (   ) لا (   ) اين كنت تذهبين اذا .... لماذا ....

١٢ ـ هل استشرت(تستشيرين) خلال فترة الحمل : ؟

ـ طبيب (   ) ـ داية قانونيه (   ) ـ دايه عربيه (   )

١٣ ـ كيف انتهى الحمل ؟ حمل ميت (   ) ـ ولاده مبكره (   ) طبيعيه (   ) غير طبيعيه (   )

١٤ـ من قام(سيقوم) باجراء عمليه الولاده ؟

ـ طبيب (   ) دايه قانونيه (   ) دايه عربيه (   )

ز ـ الاطفال من عمر ثلاثة سنوات وما دون

١ ـ عمر الطفل   تاريخ الميلاد   -   -

٢ ـ التلقيح ضد الشلل والثلاثي :

	شلل	ثلاثي
جرعه اولى	نعم ( ) ( )	لا ( ) ( ) ( )

جرعه ثانيه نعم ( ) ( ) لا ( ) ( )

جرعه ثالثه نعم ( ) ( ) لا ( ) ( )

جرعه منشطه نعم ( ) ( ) لا ( ) ( )

٣ ـ الحصبه : نعم ( ) لا ( ) العمـــــر

٤ ـ هل تستمري بمراجعة مركز الامومه والطفوله لمتابعة نموه لحين ذهابه الى المدرسه ؟

نعم ( ) لا ( ) اين تذهبين به اذاً

ملاحظـــــــات :

Abstract

Health Care Between The Traditional Society And The Institutional Organization : An Anthropomedical Study In A Jordanian Village .

By

Saleh Ibrahim Al-Ajlouni

Supervisor

Dr.Muhana Yousef Haddad

This study seeks to illuminate the social interaction between the Health Centre and the local society in "SAL" a Jordanian village . It attempts to describe and analyse the changes in the social, economic and political structures of the society under study .It also explores the effect of the Health Centre on the different aspects of traditional health care in the local community.

The study shows that a change has indeed occurred in the local community of "Sal" in different economic, social, political, educational fields and also in the field of public services.Alongside this change a transformation has taken place in the attitude towards traditional health services in the local community . Such transformation is evident in the drastic decrease in the relative popularity of traditional medicine and its practitioners ,most of whom were old women . This transformation has

proved to be closely associated with the spread of education, a good transportation system, and the availability of modern health services in the village

One of the features of this transformation appears in the increased inclination towards modern health services : the majority of villagers in "SAL" now visit the Health Centre for moderen health services , preventive as well as curative . This is partly due to the spread of education ,and the increase in the number of community members who have joined the army or white collar jobs .

It is appropriate to mention that the transformations discussed above are not effected by the Health Centre alone . Other factors have been also at work in the process of engendering changes in the different aspects of health and illness (health care) . These factors include the development of transportation , water supplies , electricity and various kinds of services delivered by the municipality .